

ANÁLISIS DE LA GÉNESIS HISTÓRICA Y DESARROLLO DEL PAIEM.

EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN EL
PROYECTO DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES
EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS.



TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

SARA PADRINO OJEA

BAJO LA SUPERVISIÓN DE:

FLORENTINO BLANCO TREJO

MADRID, 2016



Resumen

Este trabajo pretende analizar de forma crítica las condiciones socio-institucionales (legales, normativas, funcionales) que articulan y dan sentido al Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM). Este programa se centra en la atención a las personas con problemas de salud mental en los centros penitenciarios (CP) de España y está regulado por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP) desde el año 2009. Además, se estudia la figura del profesional de enfermería en el seno de este programa y se propone un marco teórico para la práctica en este contexto de prisiones. Se seguirá como guía metodológica la propuesta de Rosa, Huertas y Blanco en *Metodología para la Hª de la Psicología*¹², como una combinación de técnicas historiográficas, sociológicas y comprensivas, que tratarán de aportar un poco de luz en este enmudecido problema de la salud mental en centros penitenciarios.

Palabras clave:

PAIEM, Enfermería, Prisiones, Salud Mental, Liminalidad.

Abstract

This paper expects to analyse critically the socio-institutional conditions (legal, regulatory, functional) that articulate and give meaning to the Comprehensive Care Program for the Mentally Ill in Prisons (PAIEM). This program focuses on care for people with mental health problems in the Spanish prisons and is regulated by the General Secretariat of Penitentiary Institutions (SGIP) since 2009. In addition, the study will also assess the role of a professional nurse within this program and a theoretical framework for practice in prisons is proposed. We will follow a methodological guide by Rosa, Huertas and Blanco in *Metodología para la Hª de la Psicología*¹², which is a combination of historiographical, sociological and understanding techniques, which will try to bring some light on this silent problem of mental health in prisons.

Keywords:

PAIEM, Nursing, Prisons, Mental Health, Liminality.

Agradecimientos:

Como decía Lao-Tsé, el agradecimiento es la memoria del corazón. Sabemos pedir (y pedimos mucho), pero el saber agradecer es uno de los más importantes y a su vez más ignorados valores. Las personas que han de ser agradecidas en este trabajo saben ya de mi eterna gratitud de manera personal, pero aun así, trataré de cristalizar formalmente estos agradecimientos lo mejor que pueda.

En primer lugar, me gustaría empezar agradeciendo a la ONG Solidarios Para el Desarrollo, con la que llevo colaborando los últimos cinco años, por darme la oportunidad de acercarme a distintos colectivos que desarrollan sus vidas en la marginalidad (las personas sin hogar y los internos en centros penitenciarios), y a entender cómo nosotros como ciudadanos tenemos el deber de ser ese puente de comunicación entre ellos y el resto de la sociedad. En concreto para este trabajo, los agradecimientos van para las personas internas y todos mis compañeros voluntarios, con los que cada sábado tengo el placer de compartir, en el CP Madrid III (Valdemoro), una mañana mágica y única. La actividad que realizamos no tiene que ver con el PAIEM, sino que se trata de un aula de cultura, donde cada sábado, invitamos a un experto para que nos hable sobre un tema. Intentamos así ampliar los conocimientos y las habilidades sociales, promover la cultura como elemento de educación, de reinserción y de libertad, mantener esos lazos con la sociedad, pero sobre todo, romper con la rutina y el ritmo rígido de la vida en prisión. Jimmy, uno de los internos con los que tengo una fantástica relación, me lo describió una vez de forma excelente: “Los sábados por la mañana, es como abrir la ventana, ventilar y respirar ese aire fresco”.

Agradecer, en siguiente lugar, a las entidades INTRESS y Fundación Manantial por el curso que llevaron a cabo en La Casa Encendida en Junio del 2015: “el problema de la salud mental en los centros penitenciarios”, que supuso para mi el futuro tema de mi trabajo de fin de grado.

A Gabriel Ledo Suárez, psicólogo de instituciones penitenciarias que trabaja dentro del PAIEM. El cual nos ha ayudado a entenderlo y nos ha aportado la visión práctica y diaria del mismo.

A todos mis compañeros y cada profesora de Enfermería, por acompañarme en estos cuatro maravillosos años de carrera, y ayudarme a ser la enfermera y persona que deseo ser. Gracias, de todo corazón.

A mi familia. Por estar, por escucharme, por llevarme la cena al cuarto en los días que tocaba enclaustrarse, por aguantar y seguir todos mis alocados soliloquios de loca, pero sobre todo, por respetarme y dejarme ser en toda mi panoplia de posibilidades.

Y por último, a Florentino Blanco. Esa persona que con sus palabras y su escucha, es capaz de deshacer las graves preocupaciones, convirtiéndolas en pasos necesarios en nuestro cotidiano caminar por la existencia. Esa persona que se esfuerza cada día en repasar esa gramática de la esperanza, mirando más allá de sus arcos ciliares. No sabría como agradecerte y hacerte entender todo lo que has supuesto para mi. Realmente, sólo podría decirte una cosa: Gracias por enseñarme a través del ejemplo. La única forma de enseñar y aprender con verdad. Eres, humildemente, toda una inspiración para mi. Gracias por aportarme esa claridad que le hace a uno recordar quién es, e inevitablemente, le hace emocionarse en ese encuentro consigo mismo, que al final no se diferencia del otro. Gracias por la confianza que has depositado en mi, que en la mayoría de las ocasiones era superior a la mía propia. Gracias por darle un sentido a la práctica, una razón de ser. Gracias por esa motivación que le hace a una seguir ahí, resistir entre huracanes de distorsión, sin dejar de creer en uno mismo, en lo que hace y por qué lo hace. Gracias por ser esa chispa que da lumbre a la ceniza gris. Por ser esa maravillosa especie en peligro de extinción.

Gracias a todos por ayudarme a comprender por qué venimos a este mundo.

ÍNDICE:

Marco metodológico

1. Introducción.	pág. 1
1.1 Objetivos.	pág. 3
1.2 Metodología.	pág. 3

Análisis socio-institucional del PAIEM

2. Contexto e historia del PAIEM.	pág. 5
2.1 Salud mental en el medio penitenciario.	pág. 5
2.2 Contexto legal de los enfermos de salud mental.	pág. 10
3. Análisis y estructuración del PAIEM.	pág. 14
3.1 Lógica interna.	pág. 14
3.2 Figura de la enfermera.	pág. 21
3.3 Lógica externa.	pág. 23
4. Proyección para el marco de la Enfermería.	pág. 32
5. Análisis crítico de los resultados.	pág. 35
6. Bibliografía.	pág. 38
7. Anexos.	pág. 43

Marco metodológico

“¿Puede extrañar que la prisión se asemeje a las fábricas, a las escuelas, a los cuarteles, a los hospitales, todos los cuales se asemejan a las prisiones?”¹

Michael Foucault.

1. Introducción.

El Trabajo de Fin de Grado (TFG) que a continuación se presenta se centra en la atención a las personas con problemas de salud mental en los centros penitenciarios (CP en lo sucesivo) de España, regulada por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP en lo sucesivo) desde el año 2009 a través del Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en Prisión (PAIEM).

Debido a la fuerte relación entre marginalidad y prisión, resulta frecuente que una persona con trastorno mental acabe siendo condenada como consecuencia de su desadaptación social y la frecuente evolución a comportamientos delictivos². Existe, por tanto, una altísima prevalencia de los trastornos mentales y adicciones en el ámbito penitenciario, con tendencia, además, al incremento³, tal y como reconoce la Organización Mundial de la Salud (OMS) y avalan diversos estudios de investigación y prevalencia^{4,5}. Por otro lado, a la prevalencia se le une la elevada morbilidad psiquiátrica asociada (riesgo de autolesión y suicidio), más frecuente entre los internos que en la población general⁴. El PAIEM trata de dar un paso adelante en la resolución de estos problemas.

La literatura muestra la escasez de servicios sanitarios de salud mental que se prestan a los internos⁴, a pesar de ser hasta tres veces más demandados que entre la población no reclusa, de lo que se puede desprender, además, que la calidad de los servicios es muy cuestionable, e inferior, sin duda, al estándar exigido, y existente, en otros servicios sanitarios públicos⁵. Asimismo, se le añade el hecho de que, aparentemente, no sea un ámbito de trabajo atractivo⁴ para los profesionales de la salud, por el alto nivel de implicación y formación que exige, el riesgo y el escaso reconocimiento.

En consecuencia, la atención a la salud mental en los centros penitenciarios precisa de equipos multidisciplinares de salud mental, responsables de la intervención sobre la persona desde su detección, diagnóstico y tratamiento, hasta su salida en libertad,

optimizando la reincorporación social y la derivación adecuada a un recurso socio-sanitario comunitario. De este modo, mejoraría la calidad de vida de estas personas, su autonomía y su adaptación al entorno⁶. Esta es en esencia la propuesta del PAIEM. El TFG que se presenta pretende estudiar la figura del profesional de enfermería en el seno de este programa, una figura esencial debido al directo y continuado contacto con los pacientes internos, ya que, entre otros extremos, el espacio físico de intervención del equipo del PAIEM es casi siempre la enfermería del centro⁷.

Se ha constatado que se trata de un proyecto de investigación innovador, que atiende a una necesidad que no ha recibido la debida atención hasta el momento. Se ha revisado la literatura utilizando la palabra clave “PAIEM” y no hemos encontrado estudios previos sobre el programa y mucho menos sobre la función de la enfermería en el mismo. Hemos profundizado en nuestra revisión de antecedentes a partir de las bibliografías de los artículos encontrados. Se analizará más adelante en el apartado “Contexto e historia del PAIEM”.

Podemos avalar la declaración del informe CAPRI⁸, (Calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles), según el cual: “Respecto a la investigación, el mundo penitenciario es por definición un mundo de aislamiento” (p. 4), un mundo donde entran en juego diferentes actores. Los intereses políticos hacen que la propia administración ponga a menudo dificultades para la investigación y la difusión de determinados datos, que podrían dañar la imagen de los responsables. Este hermetismo queda patente en la circular (C 07/99)⁹, por la cual se rechaza toda investigación en prisiones en la que se manejen datos de reclusos, siendo obligatorio solicitar una rigurosa autorización para la realización de los mismos¹⁰.

Por último, se desea remarcar en este TFG el papel fundamental que la enfermera podría desempeñar en todo el programa, desde la detección hasta la posterior rehabilitación, trascendiendo las funciones de la enfermera meramente asistencialista, y profundizando en las aportaciones que esta profesión puede ofrecer a la cultura de la integración social. Y más aún en un CP, donde la vulnerabilidad y la marginalidad de un enfermo psiquiátrico se magnifican, ya que se deben aceptar unas condiciones medioambientales que habitualmente son muy exigentes y estresantes para estas personas¹¹. Debemos tener en cuenta, además, el peso que tiene el doble estigma, el ser una persona con un problema de salud mental y estar recluido en un centro penitenciario.

1.1 Objetivos.

1. Contextualizar el programa PAIEM para determinar las relaciones entre los factores que influyen en su aparición.
2. Realizar un análisis del documento legal.
3. Conocer el organigrama.
4. Desarrollar un análisis de la situación actual y repensar los conceptos que permiten la definición del programa.
5. Estudiar el papel de la Enfermería en este programa.
6. Proponer un marco de actuación teórico-práctico para Enfermería.
7. Estudiar cómo se está implementando el programa en el Centro Penitenciario Madrid III, Valdemoro.

1.2 Metodología.

Para este trabajo de investigación se seguirá como guía metodológica la propuesta de Rosa, Huertas y Blanco en *Metodología para la Hª de la Psicología*¹². Este modelo concibe la construcción del saber como: “un proceso de producción de textos y procedimientos de acción reglados que son puestos en un mercado de intercambio de símbolos, en contextos sociales de interacción”¹². Nuestra estrategia metodológica se articula como una combinación de técnicas historiográficas, sociológicas y comprensivas, ajustadas a los objetivos que se acaban de mencionar, proponiendo tareas que proporcionarán información y datos que serán usados al mismo tiempo en la confección de las narraciones históricas. Estas tareas son:

1. Estudiar la historia y cronología de la génesis de las prisiones, así como la evolución y perspectivas del concepto de “enfermo de salud mental”.
2. Consultar los documentos legales que envuelven al centro penitenciario, al PAIEM y que justifican la distinción entre enfermo y delincuente.
3. Rescatar información relativa a los distintos cargos y estamentos de los centros penitenciarios.
4. Entrevistar a distintos profesionales o entidades participantes implicadas en el desarrollo del programa.

5. Ahondar en las funciones actuales y potenciales de la enfermería en el PAIEM.
6. Estudiar la teoría de la *liminalidad* de Baird⁴² y observar las semejanzas con la filosofía que informa el PAIEM.
7. Visitar y participar en el desarrollo rutinario del programa en el CP Madrid III, Valdemoro.

Como vemos, nuestro interés no se centra tanto en el estudio de las perspectivas teóricas o la eficacia relativa de los procedimientos enfermeros usados en la atención en salud mental penitenciaria, sino más bien en el análisis de las condiciones socio-institucionales (legales, normativas, funcionales) que articulan y dan sentido al PAIEM. Prestaremos, por tanto, especial atención al análisis socio-institucional, uno de los tres niveles que plantea el modelo de Rosa, Huertas y Blanco (1996), junto con el análisis del discurso y el análisis biográfico. Como estos autores sugieren, “el desarrollo científico se produce en la medida en que la sociedad define un orden de prioridad respecto a la relevancia de los problemas que la ciencia puede abordar. Pero, además, las instancias que ejercen poder disponen las condiciones de posibilidad para que los problemas puedan ser abordados”¹².

El escaso conocimiento que tenemos sobre el problema de la salud mental en centros penitenciarios muestra el escaso interés, y tal vez también, el fracaso de la sociedad del bienestar en la gestión de su cara menos amable. Las instituciones suelen responder a intereses externos al discurso científico, por lo que éste queda vinculado al medio social, siendo en última instancia las demandas sociales las que en esencia configuran todo posible cambio en la agenda de intereses científicos. Pero, ¿cómo puede existir una demanda social de investigación sobre una situación que no se conoce o no interesa que se conozca? Aquí es donde entra en juego la investigación y la Historia como memoria colectiva, que al tiempo quiere dar cuenta del pasado y proporcionar criterios para facilitar los procesos de cambio hacia el futuro¹².

2. Contexto e historia del PAIEM.

2.1 Salud mental en el medio penitenciario.

En términos generales, la dinámica que estamos viviendo en este siglo XXI en relación con la salud mental, es de un acuciante incremento de la prevalencia de estos trastornos en la sociedad. Diferentes estudios demuestran que una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida, que el 30% de la discapacidad en nuestro país es consecuencia de este tipo de patologías y que el 40% de las patologías crónicas también estarán motivadas por estos problemas¹³. La propia OMS afirma que en el 2020 los trastornos depresivos serán los que minarán la salud de la población en general y que una de cada dos personas padecerá una enfermedad neuropsiquiátrica¹⁴.

Se han propuesto diversas formas de explicar este incremento, desde las que argumentan que vivimos en una sociedad de estrés, acelerada y que nos vuelve locos, hasta las que defienden que el gasto sanitario es el que está sosteniendo y manteniendo la coevolución entre trastornos y tratamientos. Señalando a los psicofármacos (las pretendidas soluciones), como origen de los trastornos mentales (los supuestos problemas); es decir, algunos críticos señalan que la industria psicofarmacéutica, presentada como solución científico-técnica, precede, o al menos mantiene y justifica, el problema que pretende solucionar¹⁵. Pero esto no es lo que más nos interesa ahora. Para entender el sentido histórico del PAIEM, nos interesa sobre todo saber a qué se ha debido justamente el incremento de centros penitenciarios.

Se puede afirmar que la causa es la desaparición de los “manicomios” en los años 80, lo que ha generado un engrosamiento de las estadísticas penitenciarias, “convirtiéndose las cárceles en nuevos almacenes de enfermos mentales [...] La penalización de los enfermos mentales y su encarcelación como única forma de preservar la seguridad colectiva, cumple hoy la labor de limpieza social que las leyes de vagos y maleantes cumplieron en el estado totalitario”¹⁴. Así de categóricas son las afirmaciones de los estudios que hemos encontrado, que no son muchos, planteando la situación como “la nueva forma de institucionalización psiquiátrica en el Siglo XXI”¹⁶. Como señala la Recomendación N° R (98), 7 del Comité de Ministros del Consejo de

Europa¹⁴, los manicomios han albergado durante dos siglos a personas socialmente problemáticas, como las que padecen trastornos de personalidad o las oligofrenias. Y es que la existencia de personas con enfermedad mental en centros penitenciarios es una realidad que afecta a todos los países del mundo. Los centros penitenciarios se convierten en un recurso asistencial, ya que a menudo se trata realmente de la única alternativa, fruto de las deficiencias de las políticas preventivas o de los recursos comunitarios¹⁷.

La Dirección General de Instituciones Penitenciarias parece ser consciente de la problemática y de su responsabilidad al respecto, llevando a cabo en orden cronológico las siguientes iniciativas ¹⁷:

1. En mayo del 2006, organiza *las Ias. Jornadas de Salud Mental en el Medio Penitenciario*, para (1) promover la reflexión colectiva, (2) debatir nuevas alternativas y enfoques, (3) analizar el marco jurídico y asistencial y (4) potenciar la implicación del Poder Judicial y el Sistema Nacional de Salud.
2. En septiembre del 2006, desarrolla una jornada técnica sobre *La conducta suicida en el medio penitenciario*.
3. Junto con el Ministerio de Sanidad, en diciembre del 2006, se lleva a cabo la *Estrategia de la Salud Mental del SNS*.
4. Desde ese mismo mes hasta junio del 2007, se realiza un *Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario*, del que hablaremos a continuación.
5. En Mayo del 2007 se pone en marcha un *Plan de Formación en Salud mental para Profesionales del Ámbito Penitenciario*.
6. Finalmente, en septiembre del 2009, se elabora el *Programa Marco de Atención Integral a Enfermos Mentales*, el PAIEM.

El *Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario*¹⁷ marca un punto de inflexión en la “sensibilización” sobre la situación de estas personas, hasta entonces desconocida u ocultada. Se trata de un estudio descriptivo transversal basado en los datos de la historia clínica de los internos. El perfil de la muestra por sexos era 92% de hombres y 8% de mujeres; por edades destaca el rango de 31 a 35 años, con un 19,8% (ver Figura 1). Entre los resultados más destacables para nuestros intereses conviene comentar los siguientes:

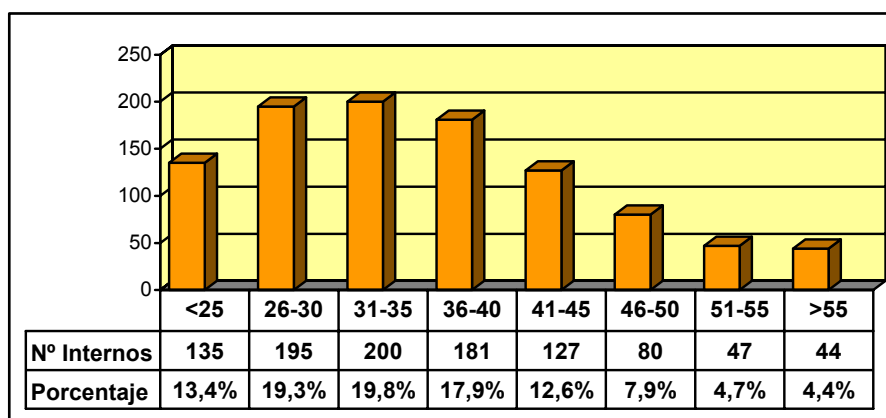


Figura 1. Distribución de la muestra por grupos de edad.

Fuente: Dirección general de Instituciones Penitenciarias. (dic 2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario* (p. 9). España: Ministerio del Interior.

1. El 17,6% de los internos ya posee antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión (ver Figura 2), sin incluir los derivados del abuso o dependencia de drogas, porcentajes mucho más elevados que en la población general. Cabe señalar que el 3,2% tienen antecedentes de ingreso en un centro psiquiátrico antes de entrar en prisión, lo que, curiosamente, no es considerado relevante en el proceso judicial.

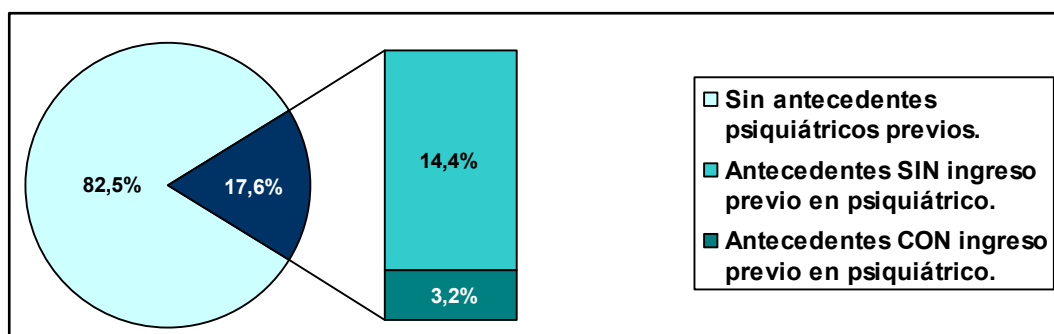


Figura 2. Antecedentes psiquiátricos previos al ingreso en prisión.

Fuente: Dirección general de Instituciones Penitenciarias. (dic 2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario* (p. 9). España: Ministerio del Interior.

2. El 2,6% de la muestra total presenta antecedentes de trastornos psicóticos, cifra muy superior al 0,4% del resto de la población. Además, el 44,2% de la muestra tiene antecedentes de abuso o dependencia de drogas, y, entre estos, un 9,6% el que presenta patología dual. Se debe tener en cuenta la coexistencia de varios diagnósticos psiquiátricos en la misma persona, dando la suma de porcentajes de más de 100% (ver Figura 3).

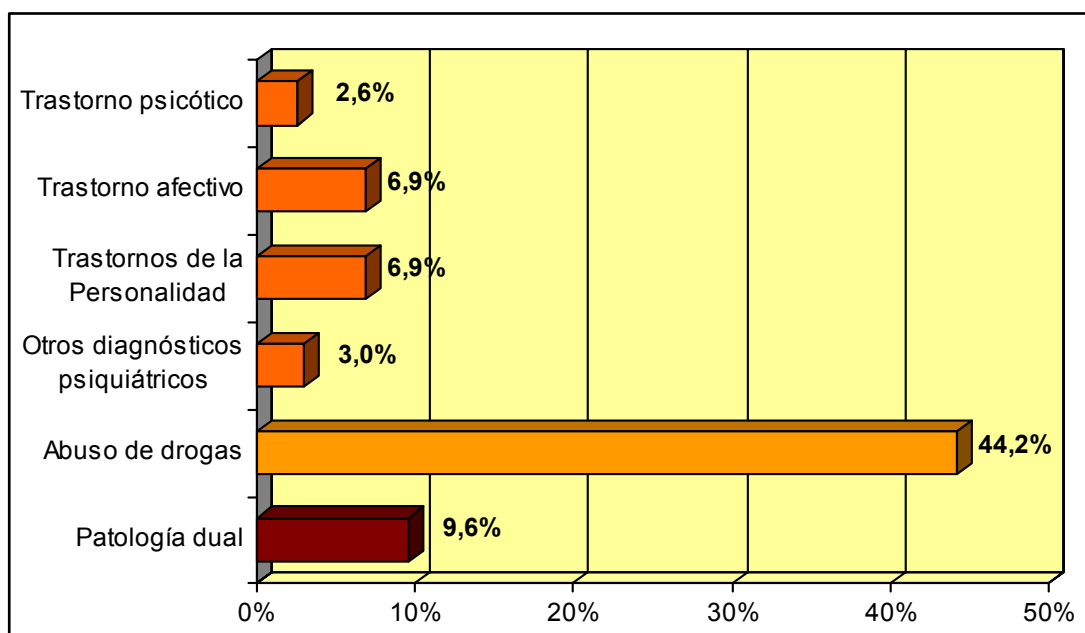


Figura 3. Diagnósticos psiquiátricos previos al ingreso en prisión.

Fuente: Dirección general de Instituciones Penitenciarias. (dic 2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario* (p. 10). España: Ministerio del Interior.

3. Refiriéndonos ahora al presente de las personas internadas de la muestra, y no a sus antecedentes previos al ingreso, cabe destacar que el 25,6% de los internos, uno de cada cuatro, tiene recogido ya uno o varios diagnósticos psiquiátricos en su historia clínica, sin incluir el abuso o dependencia de drogas. Incluyendo el consumo de drogas, la mitad de los internos poseería al menos un diagnóstico psiquiátrico en la historia clínica hasta el momento (ver Figura 4).

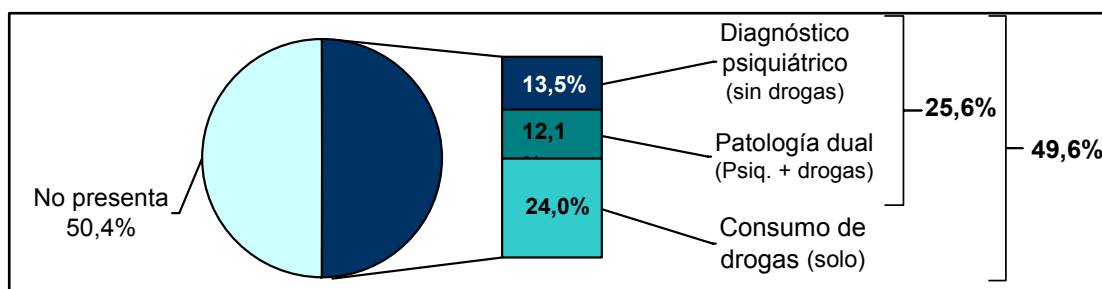


Figura 4. Diagnósticos psiquiátricos en historia clínica.

Fuente: Dirección general de Instituciones Penitenciarias. (dic 2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario* (p. 11). España: Ministerio del Interior.

4. La suma de porcentajes de los diferentes tipos de diagnósticos, incluidos en el 49,6% señalado anteriormente, es mayor que esta cifra. Eso es debido a la existencia de varios diagnósticos en la misma persona, como ya hemos destacado, y a la fuerte asociación entre abuso o dependencia de drogas con patología psiquiátrica (la patología dual). La suma del total es mayor del 49,6%. Además, con respecto a los trastornos de personalidad, la cifra podría estar por encima de 9,4%, debido al escaso rigor de los registros, salvo que por su gravedad requieran de tratamiento (ver Figura 5).

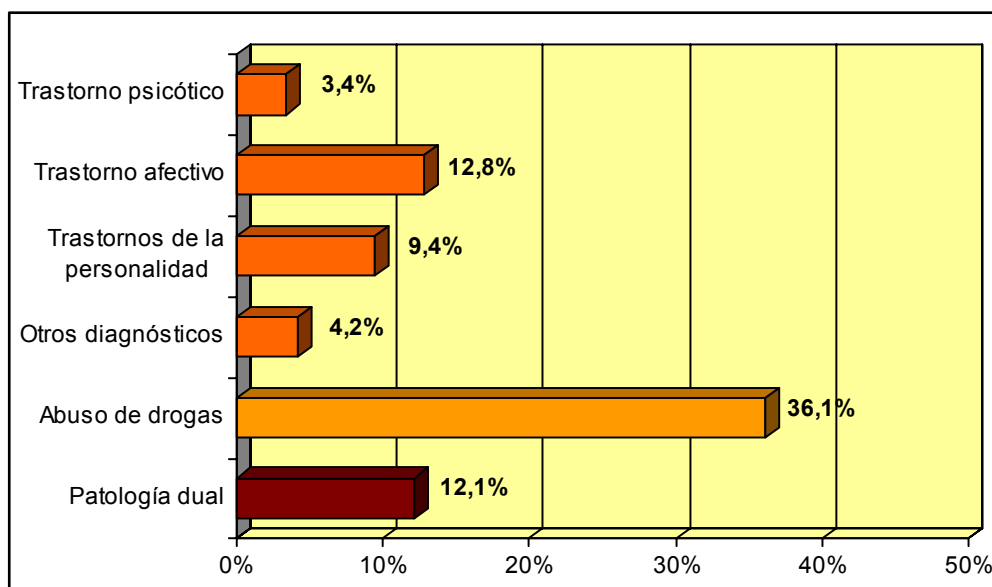


Figura 5. Diagnósticos psiquiátricos recogidos en la historia clínica.

Fuente: Dirección general de Instituciones Penitenciarias. (dic 2006). *Estudio sobre salud mental en el medio penitenciario* (p. 12). España: Ministerio del Interior.

Se puede afirmar, por último, que en relación a la población general, los internos tienen una probabilidad entre 2 y 4 veces mayor de padecer un trastorno psicótico y una depresión mayor, y alrededor de 10 veces más de padecer, o ser diagnosticado, con un trastorno antisocial de la personalidad¹⁸.

2.2 Contexto legal de los enfermos de salud mental.

Es en los últimos veinte años cuando se empieza a dar a conocer la precaria situación de salud de los enfermos psiquiátricos recluidos en instituciones penitenciarias. Existe una desigualdad abismal, en términos de salud, entre un paciente psiquiátrico que vive en la comunidad y otro que viva en un centro penitenciario, aunque la Ley General de Sanidad de 1986 afirma en su artículo 3.2 que “La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva”¹⁹.

Ante esta emergente preocupación, el Sistema Nacional de Salud intenta paliar uno de los motivos principales de esta desigualdad sanitaria: el aislamiento de los servicios sanitarios penitenciarios respecto al SNS. Y lo intenta hacer a través de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, concretamente en la disposición adicional sexta, que refiere: “Los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud. A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta Ley [...] se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud”²⁰. Aunque entró en vigor el 30 de mayo del 2003, hubo de materializarse en noviembre del 2004, y a día de hoy el proceso no ha finalizado aún.

Centrándonos en los enfermos de salud mental, es el Código Penal el que se encarga de regular los delitos cometidos con pena de prisión. Cabe destacar, ante todo, que el número de homicidios que tienen lugar en España cada año es de 1800, de los cuales sólo el 0,7% son cometidos por personas con enfermedad mental (es decir, 12,6 homicidios), mientras que 1787,4 son llevados a cabo por personas “normales”²¹. A partir de estos datos, cabe dudar si son más peligrosas las personas con enfermedad mental que los etiquetados como “normales” o al contrario. Tengamos en cuenta que “peligrosidad” es el término jurídico que emplea el Código Penal para adoptar unas medidas de mayor o menor contención, y que tiene que ver con la consideración de los jueces del riesgo de repetición del delito⁷. Cuando se enfatiza el supuesto peligro que entraña esa persona para la sociedad, empieza a prevalecer el derecho de la ciudadanía sobre el del individuo.

En lo que a delitos cometidos por una persona con trastorno mental se refiere, son declarados los autores como “exentos de responsabilidad criminal” a través del artículo 20 del Código Penal²²:

- Art. 20.1: “El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.
- Art. 20.2: “El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.
- Art. 20.3: “El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad”.

Además hay otras circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal, definidas en el artículo 21:

- Art. 21.2: “La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2 del artículo anterior.”

Por último, en aras del artículo 60 del Código Penal, cuando se identifica un trastorno mental grave en un CP debería suspenderse de inmediato la pena de prisión impuesta y garantizar su asistencia médica fuera, en la red de salud mental de la comunidad²²:

- Art. 60.1: “Cuando, después de pronunciada sentencia firme, se aprecie en el penado una situación duradera de trastorno mental grave que le impida conocer el sentido de la pena, el Juez de Vigilancia Penitenciaria suspenderá la ejecución de la pena privativa de libertad que se le hubiera impuesto, garantizando que reciba la asistencia médica precisa, para lo cual podrá decretar la imposición de una medida de seguridad privativa de libertad de las previstas en este Código que no podrá ser, en ningún caso, más gravosa que la pena sustituida”.

Cuando existen por tanto este tipo de casos de inimputabilidad, estas personas no deberían cumplir una condena en un centro penitenciario, pero sí una pena llamada “medida de seguridad”. Estas medidas, están reguladas por el Art. 96 del Código Penal²². En la Figura 6 mostramos un esquema con la medida que les correspondería en virtud de la causa de inimputabilidad.

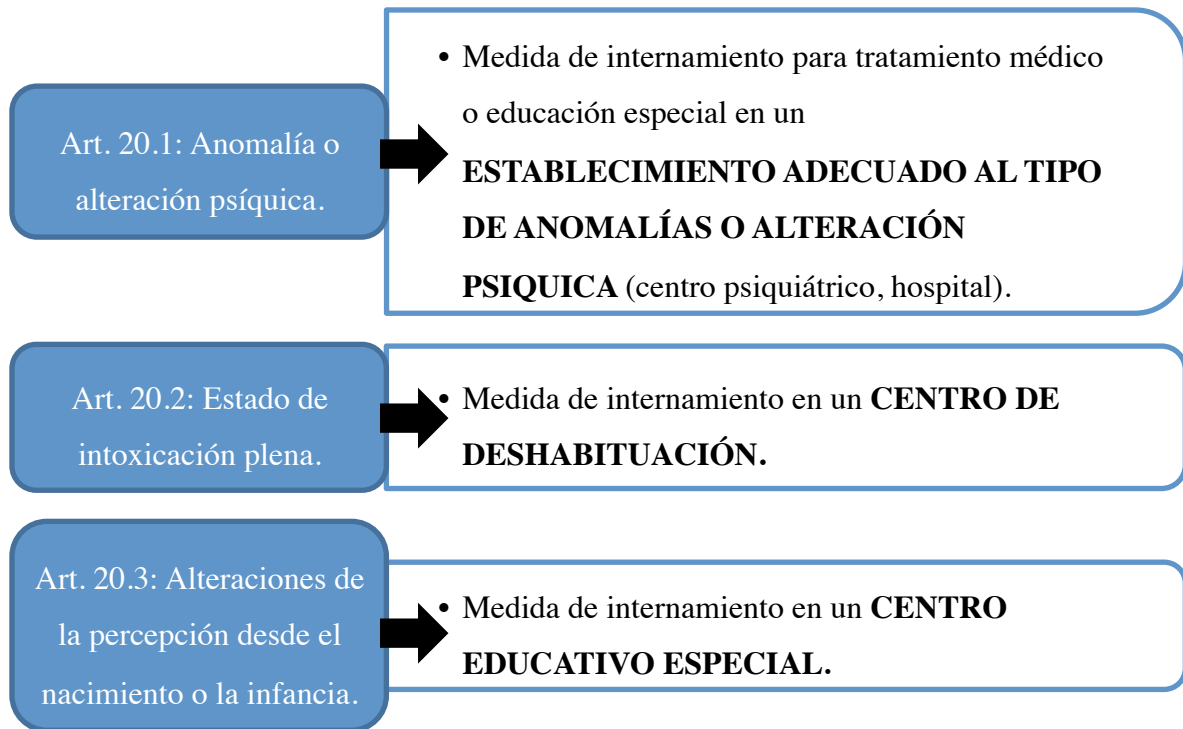


Figura 6. Medidas privativas de libertad.

Fuente: Elaboración propia adaptado del Art. 96 del Código Penal (p. 35-36).

La inimputabilidad inicial estaría determinada por el juez o el tribunal, que se informarían a través de los peritos correspondientes (psiquiatras y psicólogos habitualmente), de si la persona en el momento de cometer el delito podría estar padeciendo un trastorno que afectase a sus capacidades cognitivas o volitivas. Y en caso de ser detectada la situación de salud mental incompatible con el cumplimiento de la condena en prisión, sería el juez de vigilancia penitenciaria el que lo determinaría.

Por lo tanto, a la vista de todos estos datos y disposiciones legales, no parece lógico que una persona con un trastorno mental se encuentre cumpliendo condena en un centro penitenciario (cuando además algunos en principio están exentos de esa responsabilidad criminal). Pero la realidad es que, como no existen recursos suficientes en la comunidad, tales como establecimientos de salud mental, y los que hay tienen una

gran escasez de plazas¹⁶, se les envía al único sitio que existe, la prisión. Por supuesto, este problema no es exclusivo del estado español. Según la OMS, los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el gasto en salud mental es inferior al 1% del gasto total en salud, una relación claramente desproporcionada²⁴.

Por ejemplo, en toda España sólo hay dos Hospitales Psiquiátricos Penitenciarios, uno en Alicante (HPPA) y otro en Sevilla. Y se encuentran totalmente masificados. Además, para una persona con un trastorno mental que habite en Burgos, trasladarse hasta estos lugares supone una ruptura radical con su entorno y con sus referentes sociales y biográficos, que seguramente va a agravar su situación, por lo que acabará cumpliendo esa medida de seguridad en un módulo convencional de un CP, y si tiene brotes, ingresará en la enfermería del centro.

Como afirmó José Manuel Arrollo Cobo, Subdirector general de Coordinación de Sanidad Penitenciaria, en las *Jornadas de personas con enfermedad mental en régimen penitenciario*, de 2009²⁴: “No puede ser que las medidas alternativas a la prisión acaben por llevar a una persona a la prisión”²⁴. O Jesús Cáceres, Jurista del HPPA: “La cárcel crea patologías, ¿cómo vamos a ser capaces de recuperar a alguien en un centro que perjudica?”²⁴.

3. Análisis y estructuración del PAIEM.

3.1 Lógica interna.

Es en este contexto que acabamos de describir en el que nace el PAIEM. Ante esa falta de recursos asistenciales psiquiátricos en la comunidad, correspondientes a las medidas de seguridad, el PAIEM actúa intentando resolver el problema de estas cuantiosas personas que se encuentran cumpliendo la pena de seguridad en los CP cuando no es lo que les correspondería.

La Institución Penitenciaria no pretende convertirse en un recurso asistencial que ofrezca una solución integral a estos problemas, pero sí ejercer de forma responsable las tareas que le corresponden: una detección temprana, la mejor rehabilitación y la adecuada derivación a los recursos asistenciales especializados de la comunidad cuando corresponda²⁵. Por lo tanto, el PAIEM aparece de alguna forma como opción para mitigar un problema derivado de otro de distinta índole. Aunque además de atender a estas personas que se encuentran internas con una pena de seguridad, aparece como programa novedoso específico de los CP para la atención a la salud mental. Ya que, como se ha argumentado anteriormente, estos trastornos son mucho más frecuentes que en la población general, siendo su fundamento, entonces, esas necesidades detectadas en la población penitenciaria actual.

Para entender la naturaleza del programa debemos analizar el PAIEM Renovado²⁵, documento de referencia actual que data de diciembre del año 2013. El cual sustituye al PAIEM inicial⁶, de septiembre del 2009. Las novedades que incluye, a título de recomendaciones, parecen ser evidencias recogidas que emanan de un Informe de Evaluación del PAIEM²⁸. Añaden al protocolo inicial soluciones a los problemas “sistemáticos y estructurales” descubiertos al examinar el funcionamiento del programa, y las prácticas más deseables desarrolladas por los equipos que fueron evaluados.

A continuación se presenta un resumen esquemático, de elaboración propia, que pretende mostrar cómo se entiende y se estructura por dentro el programa. En nuestra exposición respetaremos el orden que plantea el propio índice del PAIEM Renovado²⁵:

1. OBJETIVOS.

La intervención sobre una persona con un trastorno mental grave implica tres procesos complementarios de los que surgen los tres objetivos del programa, los cuales deben ser promovidos de manera específica (ver Figura 7):

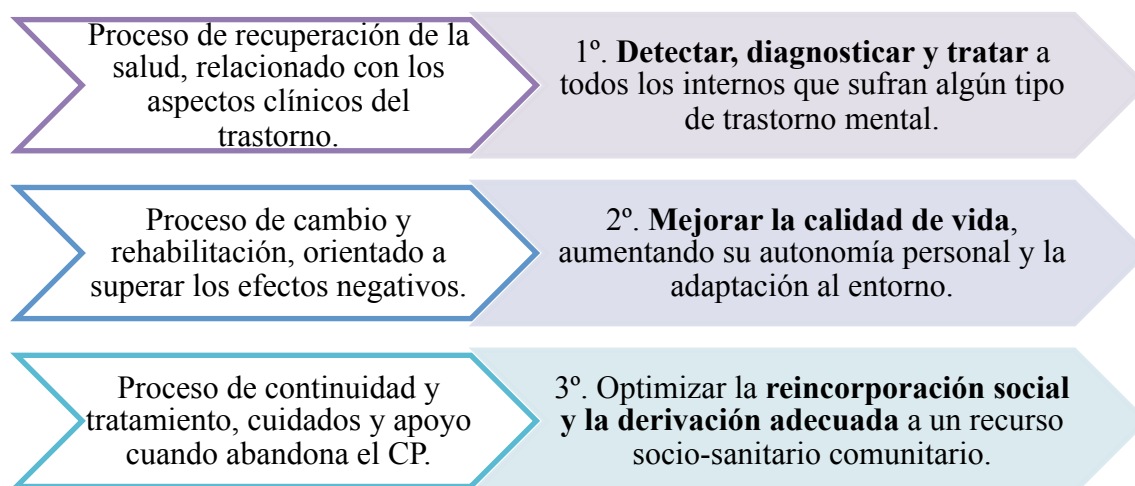


Figura 7. Objetivos del PAIEM

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de *PAIEM Renovado, Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios* (dic 2013). (p. 4). Madrid: Ministerio del Interior.

2. MODELO Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTERVENCIÓN.

El Programa Marco establece que las intervenciones tienen un carácter asistencial y contienen tres líneas de actuación (ver Figura 8):

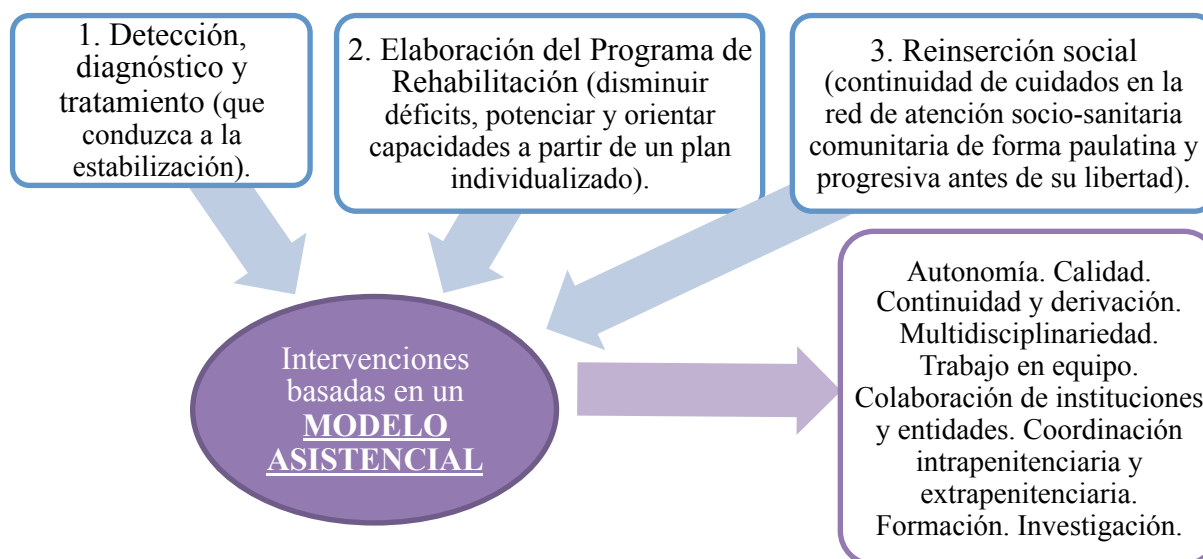


Figura 8. Modelo y características de la intervención.

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de *PAIEM Renovado, Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios* (dic 2013). (p. 5-6). Madrid: Ministerio del Interior.

3. APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

En este apartado se describirán los aspectos prácticos del programa.

3.1 Recursos humanos y sus funciones, recursos materiales y actividades.

La composición del equipo, las actividades y los recursos están descritos en la Figura 9. Por otro lado, se designará un Coordinador responsable elegido por el propio Equipo. Sus responsables directos serán el Subdirector de Tratamiento y el Subdirector médico/Jefe de Servicios Médicos.

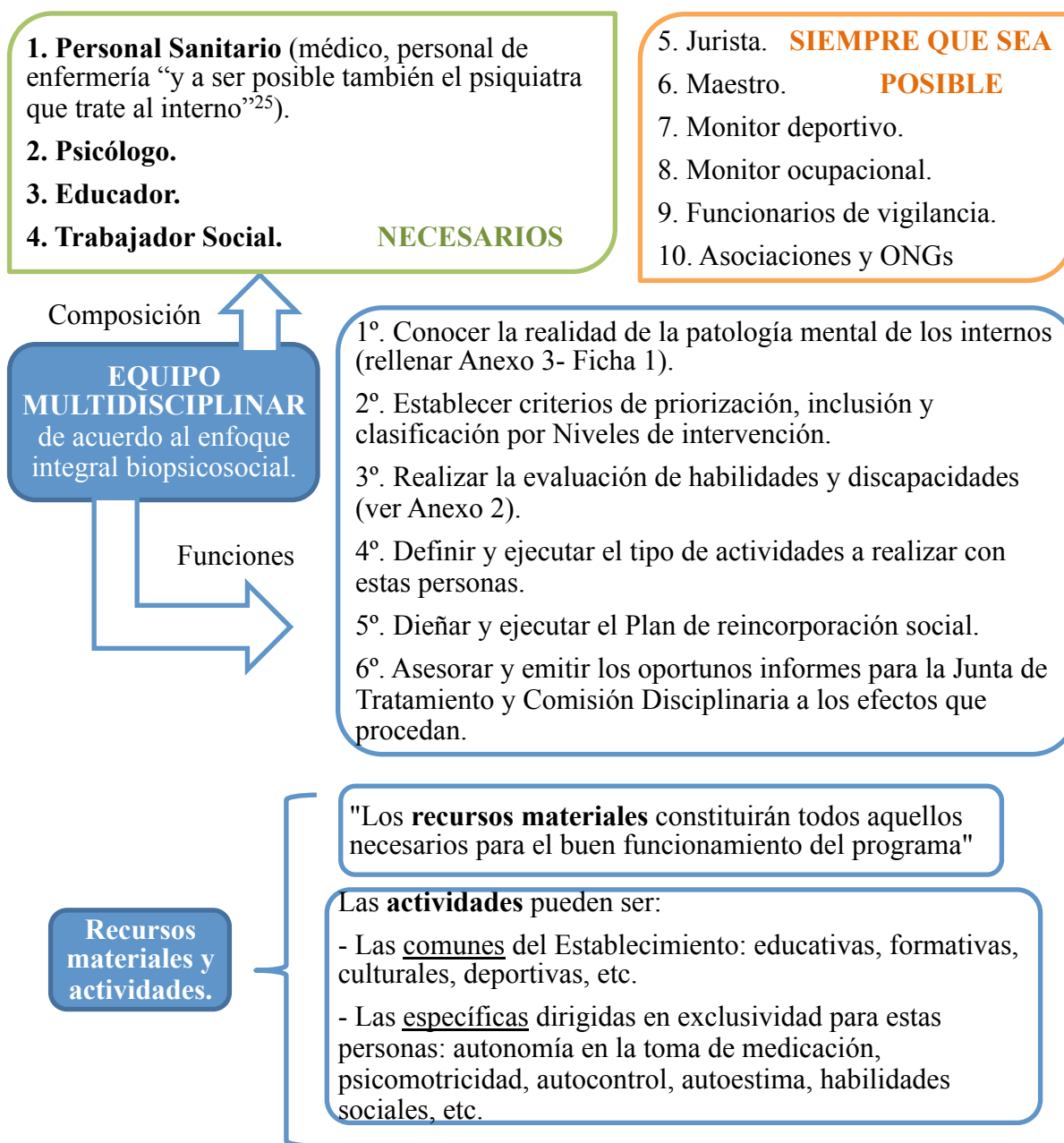


Figura 9. Recursos humanos, materiales y actividades.

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de *PAIEM Renovado, Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios* (dic 2013) (p. 7-8). Madrid: Ministerio del Interior.

3.2 Detección y derivación al equipo multidisciplinar.

La identificación de los internos se realiza al ingreso o durante su estancia (ver Anexo 1). Cualquier profesional puede detectar un posible trastorno (ver Figura 10):

Criterios de inclusión en el PAIEM	Criterios de exclusión en el PAIEM
<ul style="list-style-type: none"> • "Presencia de sintomatología conductual que interfiere la integración en la vida penitenciaria de un interno con trastorno mental grave estabilizado (los enfermos agudos deben en primer lugar ser estabilizados)"²⁵. • Patología dual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencia mental (Programa de discapacitados). • Trastorno inducido por uso de sustancias psicoactivas en exclusiva (Programa de atención a drogodependientes).

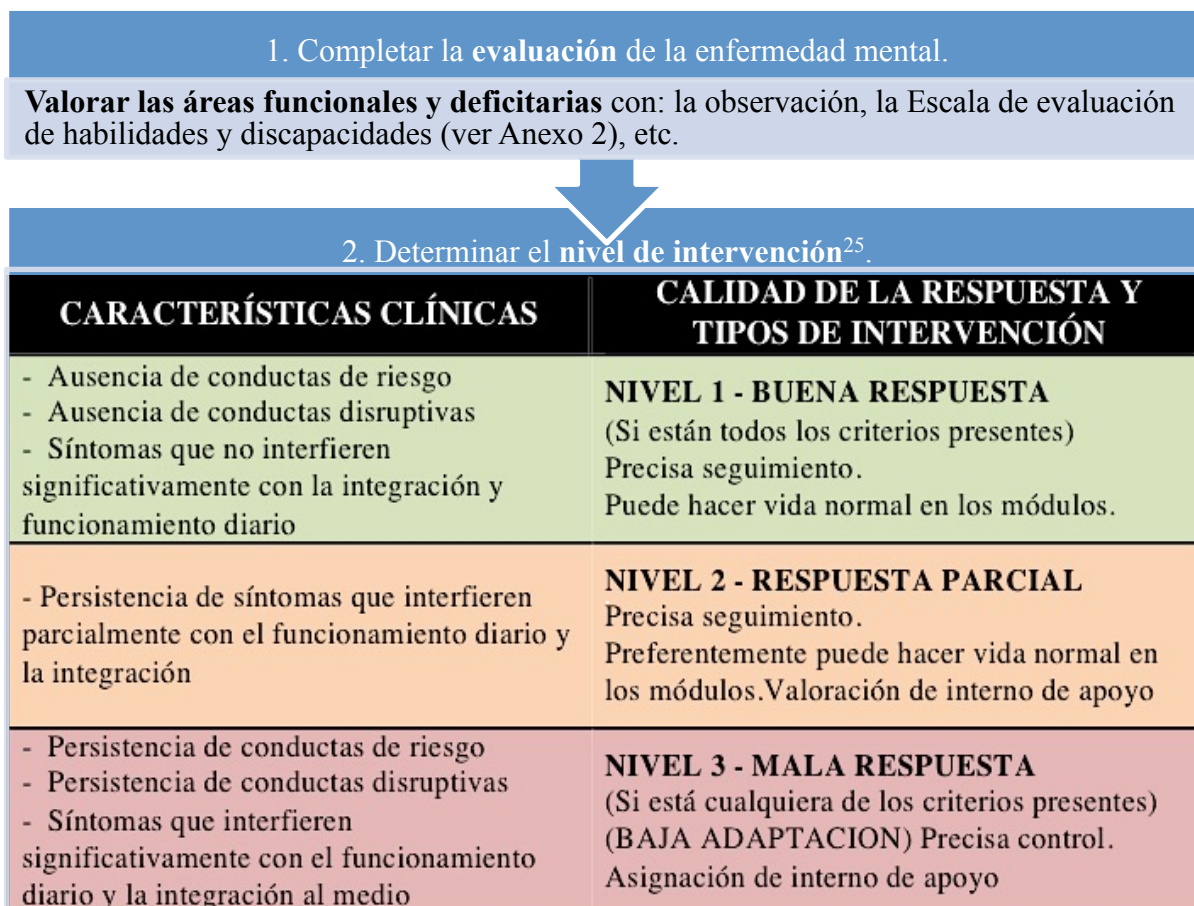
Figura 10. Criterios en el PAIEM.

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de *PAIEM Renovado, Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios* (dic 2013) (p. 9). Madrid: Ministerio del Interior.

La baja se hace efectiva en la excarcelación debido a la evolución crónica de estas patologías. Por otro lado, los rechazos a la intervención “deben tratar de reconducirse hacia la aceptación, por el propio beneficio del paciente”²⁵.

3.3 Elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR).

La realización del PIR implica el estudio de cada persona con distintos fines (ver Figura 11). Para su elaboración se tiene en cuenta el tiempo previsto de permanencia.



El ingreso en enfermería es decidido exclusivamente por el médico, y es después de este cuando el Equipo Multidisciplinar evalúa la necesidad de cambio de nivel en el PAIEM, ya que los niveles previstos son flexibles y orientativos y están designados por la capacidad de adaptación de cada interno al centro dependiendo de su patología.

3. Asignación de **objetivos y actividades** intra y/o extrapenitenciarias.

Actividades de rehabilitación psicosocial: "aceptación de la enfermedad y autonomía en la toma de medicación"; "autocuidados, limpieza y aseo de la celda" y "AVD".

4. Asignación de **interno de apoyo**, si es preciso.

"Auxiliar de enfermería en salud mental y toxicomanías", le ayudará en las tareas que se determinen favoreciendo el proceso de **integración**.

5. Asignación de **tutor**.

- Cada miembro del **Equipo Multidisciplinar** será tutor de uno o varios internos. Aumenta la autoestima y seguridad del interno "al percibir que existe una persona concreta de referencia que le escucha le atiende y realiza un seguimiento más cercano".
- Se encargan también de mediar con la **familia** o con otras **instituciones**.

6. **Planificación, seguimiento y evaluación** de los internos del programa.

- Después del diseño del PIR, se constituye un **plan de periodicidad** para su seguimiento y evaluación. Que se realizará hasta la libertad del interno.
- El Equipo deberá reunirse al menos **una vez al mes** de manera ordinaria.

7. Plan de **reincorporación social**.

Todo el equipo PAIEM debe implicarse en estas actividades, cuyos objetivos son:

- 1) Gestionar las posibles prestaciones socio-económica
- 2) Impulsar el soporte familiar.
- 3) Facilitar el contacto y compromiso con entidades y asociaciones cuyo objetivo sea la integración en la sociedad.
- 4) Efectuar la derivación a un dispositivo socio-sanitario comunitario para todos los que son puestos en libertad, o para el cumplimiento de medida de seguridad.

Figura 11. Proceso de Elaboración del Programa Individualizado de Rehabilitación (PIR)

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de *PAIEM Renovado, Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios* (dic 2013) (p. 9-13). Madrid: Ministerio del Interior.

4. PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA EN EL CENTRO.

- **Información:** El Director del Centro realizará sesiones informativas sobre la necesidad de implantación del programa.
- **Constitución del equipo multidisciplinar.**
- **Diseño del Programa del Centro:** Se determinarán las funciones y responsabilidades de los miembros, se elegirá al Coordinador y se programará el calendario de actuaciones, que incluirá las reuniones periódicas.
- El programa será **aprobado** por la Junta de Tratamiento y Consejo de Dirección del Centro.
- El diseño del programa se enviará por correo electrónico al Centro Directivo, a la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria y a la Subdirección General de Coordinación de Sanidad.

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA.

Se debe aumentar la implicación del resto de profesionales del CP, organizando actividades informativas y formativas de forma periódica. La organización tiene que estar sistematizada y debe contar con la implicación de la Dirección de la prisión y el apoyo del Centro Directivo.

6. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN.

Las fichas de evaluación (ver Anexo 3) son semestrales y deben remitirse por correo electrónico a la Coordinación de Sanidad Penitenciaria (Servicio de Drogodependencias). Los indicadores son:

- **Potencia:** Mide el grado de utilización del programa. Compara el porcentaje de internos que deberían estar incluidos en el programa con el porcentaje real. Se parte de la base de que hay un 3% del total de la población reclusa del centro que padecería un Trastorno Mental Grave.
- **Actividad:** Mide el grado de dinamismo del programa. Valora el porcentaje de personas evaluadas mensualmente para derivar o incluir en el programa. Se parte de la base de que al menos deberían ser evaluados el 75% de los incluidos en el programa.

Para finalizar este punto, se incluye a continuación un esquema que resume la lógica interna del PAIEM y el proceso que sigue un interno en el centro (ver Figura 12).

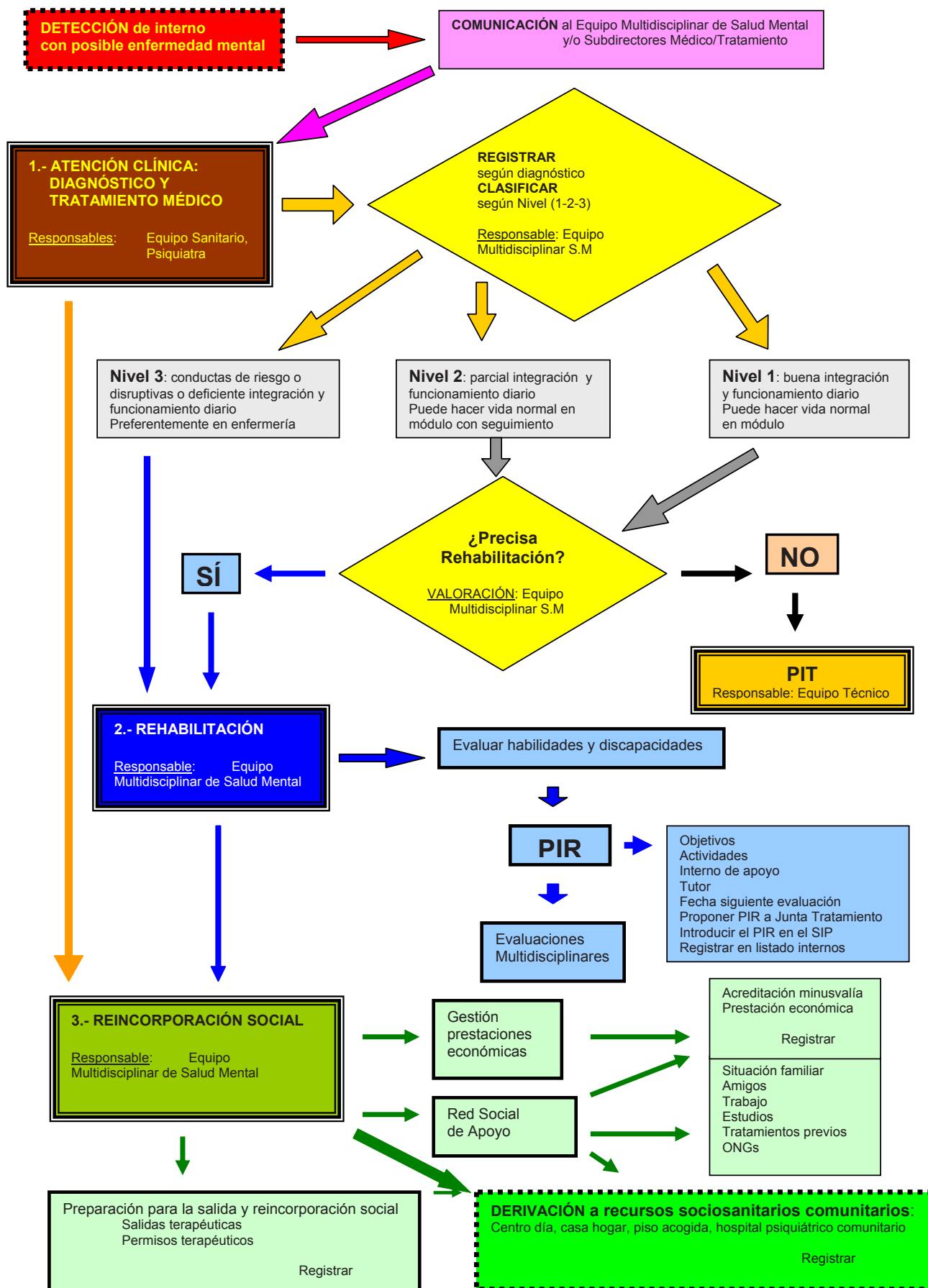


Figura 12. Itinerario del interno con problema de salud mental.

Fuente: Dirección General de Coordinación Territorial y medio Abierto. (2009). *Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM)* (p. 23). Madrid: Ministerio del Interior.

3.2 Figura de la enfermera.

Tras el análisis del protocolo, no se deduce con claridad qué prevé con respecto a la figura de la enfermera. No se articulan en el mismo tareas específicas, pero tampoco las de cualquier otro miembro del equipo. Simplemente se cita al personal de enfermería en el apartado de recursos humanos, cuando se enumeran los participantes del equipo multidisciplinar de salud mental, que se encuentran incluidos en el punto 1 (personal sanitario), junto con el médico y el psiquiatra.

Por tanto, en lo que a las funciones respecta, el protocolo se refiere siempre al “Equipo” en general. Como en la página 6: “Este Equipo será el responsable de intervenir desde el momento de la detección del enfermo hasta su salida del centro penitenciario”²⁵. No se especifican, por tanto, tareas concretas de los diferentes colectivos. Únicamente se podría vislumbrar implícitamente la tarea delegada de la enfermera en la página 10: “Teniendo en cuenta que el ingreso en enfermería es determinado exclusivamente por el médico que atiende a los internos, será después del ingreso de éstos en la misma, cuando el Equipo Multidisciplinar evalúe la necesidad de cambio de nivel en el PAIEM”²⁵. Por otro lado, esto también podría deducirse del propio organigrama, analizado posteriormente, ya que los responsables directos del Equipo Multidisciplinar serán siempre médicos, tratándose del Subdirector de Tratamiento y el Subdirector Médico/Jefe de Servicios Médicos.

Con esto, y la poca información encontrada, se podría afirmar que los cuidados de salud mental enfermeros en centros penitenciarios españoles están “poco desarrollados o no existen, a pesar de que el número de internos con trastornos mentales es cada vez más numeroso”⁴. Únicamente se ha encontrado en un artículo del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP), que en el congreso de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) en Madrid del 2013, existe una iniciativa para elaborar un “Protocolo de actuación en enfermería en Salud Mental en prisión”, para favorecer el rol de la enfermería y que sea reconocida su importancia. Potenciando su labor e iniciativas²⁶.

Se ha intentado localizar estos desarrollos del GSMP sin resultado, parece que todavía el protocolo no está publicado o que continua en la fase de iniciativa. Se realiza otra búsqueda por si existiese material parecido, pero no se encuentra ninguna guía o protocolo específico de actuación en el ámbito de la Enfermería y la salud mental en

prisiones. Sí se hayan diferentes guías de cuidados enfermeros en Salud Mental (SM) o Planes de Cuidados en SM, pero relativos al ámbito comunitario, no dentro de ese entorno tan específico y hostil como son los CPs. Pero hemos descubierto por otro lado, la *Guía: Atención Primaria de la Salud Mental en Prisión*²⁷, publicada también por el GSMP, que aunque va dirigida tanto a médicos como a enfermeros, ayuda a realizar el diagnóstico y el manejo inicial de los trastornos más frecuentes en prisión. Esta guía tiene además la acreditación de la SESP y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), ya que han colaborado profesionales de ambas sociedades científicas. También cabe destacar los agradecimientos que realizan a Pfizer, que “desinteresadamente se ha prestado a colaborar en esta edición y en buena parte de su difusión posterior” (pág. 9).

En definitiva, lo único que se sabe de la figura del profesional de Enfermería en el seno de este programa, es que permanece en contacto directo y continuado con las personas internas, ya que, uno de los espacios físicos donde se desarrolla parte del programa es en la enfermería del centro. Sin embargo, no se conocen las actividades ni las intervenciones concretas que realiza durante su estancia en el centro, desde el diagnóstico hasta su reincorporación social, como se marca en el PAIEM.

3.3 Lógica externa.

A través de un análisis socio-institucional se puede ver cómo se relaciona el PAIEM externamente con el resto de instituciones y con el propio centro penitenciario. Y, por tanto, examinar algunas contradicciones derivadas de un engranaje que no encaja en la realidad, y que no posibilita la adecuada y precisa aplicación de este protocolo.

Por un lado, a nivel intra-centro, el PAIEM se concibe como un programa más de tratamiento de los centros penitenciarios²⁸. Y que, cómo tal, debe articularse y coordinarse principalmente con los Equipos Técnicos, cuya función es la monitorización de la conducta de todos los internos del centro, incluidos los que están dentro del PAIEM. Se encargan de valorar los aspectos relacionados con su adaptación al régimen penitenciario, recompensas, sanciones, faltas, permisos de salida, trabajo, progresiones y regresiones de grado, etc. En definitiva, lo que constituye su tratamiento penitenciario²⁹. La Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP)³⁰ lo define en su artículo 59, como:

“1. El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados.” (pág. 13)

“2. El tratamiento pretende hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la Ley penal, así como de subvenir a sus necesidades. A tal fin, se procurará, en la medida de lo posible, desarrollar en ellos una actitud de respeto a sí mismos y de responsabilidad individual y social con respecto a su familia, al prójimo y a la sociedad en general.” (pág. 13-14)

Según el informe de Evaluación del Funcionamiento y Resultados del PAIEM²⁹ (2009-2013), el grado de coordinación de los Equipos PAIEM con estos Equipos Técnicos del centro parece ser elevado, pero hay un porcentaje no despreciable de centros penitenciarios que no emite propuestas a ningún órgano colegiado o cuyas propuestas son escasas (Ver Figura 13), lo que afecta sin duda a la calidad de la intervención, ya que es el Equipo PAIEM el que dispone de una información más actualizada sobre el interno que no se valora para la toma de decisiones relacionadas con su situación penitenciaria²⁹.

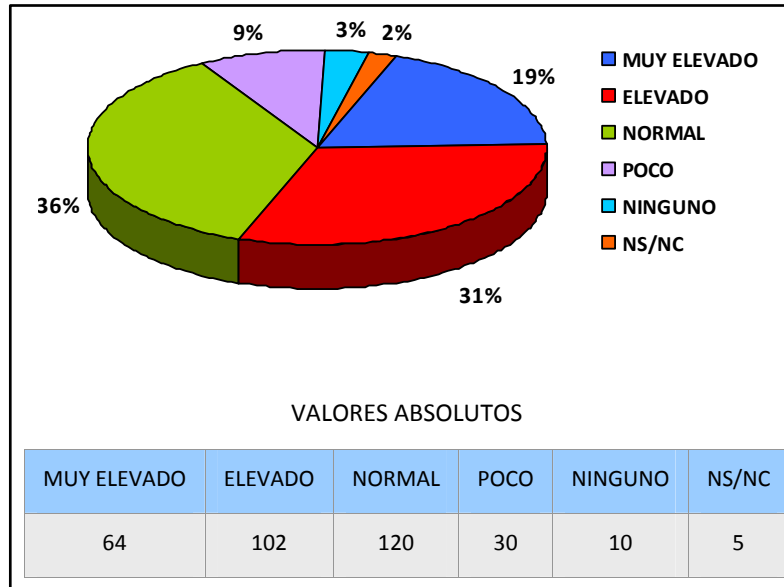


Figura 13. Grado de coordinación del Equipo PAIEM con los Equipos Técnicos.

Fuente: Abad Azuara A, Arroyo Cobo JM, Gómez Pintado P, López Fernández JM, Pozuelo Rubio F, Ruiz Alvarado A, et al. (2013) *Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el Programa de Atención Integral al enfermo mental (PAIEM)* (p. 10). España: SGIP.

La mitad de los participantes dicen no tener una coordinación elevada. Las opiniones sobre esta falta de coordinación reflejan cierta insatisfacción con el programa o con el propio equipo PAIEM, ya que las respuestas de los informantes que habían indicado una baja o nula coordinación, se encuentran por debajo de la media general de satisfacción personal de toda la muestra. Mención específica se debe hacer al colectivo de vigilancia, que son los que tienen una menor implicación y un mayor escepticismo (Ver Figura 14), que, sospechan, puede ser debido a la falta de información sobre el PAIEM. Probablemente, estos problemas se solventarían con difusiones de los aspectos fundamentales del programa entre todos los funcionarios del centro².

Como consecuencia, a su vez, de esa falta de coordinación con el Equipo Técnico, se utilizan de forma muy reducida algunas medidas favorecedoras de la reincorporación social, como pueden ser los permisos. Recibiendo en ocasiones los internos un “Informe de denegación de permiso”, con la causa marcada en la casilla “09B Trastornos psicopatológicos”, y, junto al marcaje mencionado, el término “incapacitante”, sin más información ni explicación al respecto. Parece claro que este tipo de comunicación favorece el estigma y dificulta la adherencia al tratamiento psicosocial y farmacológico, haciendo que algunos internos abandonen o no quieran

entrar en el programa, ya que ello puede suponer una exigencia mayor a la hora de conseguir esos permisos y libertades²⁹.

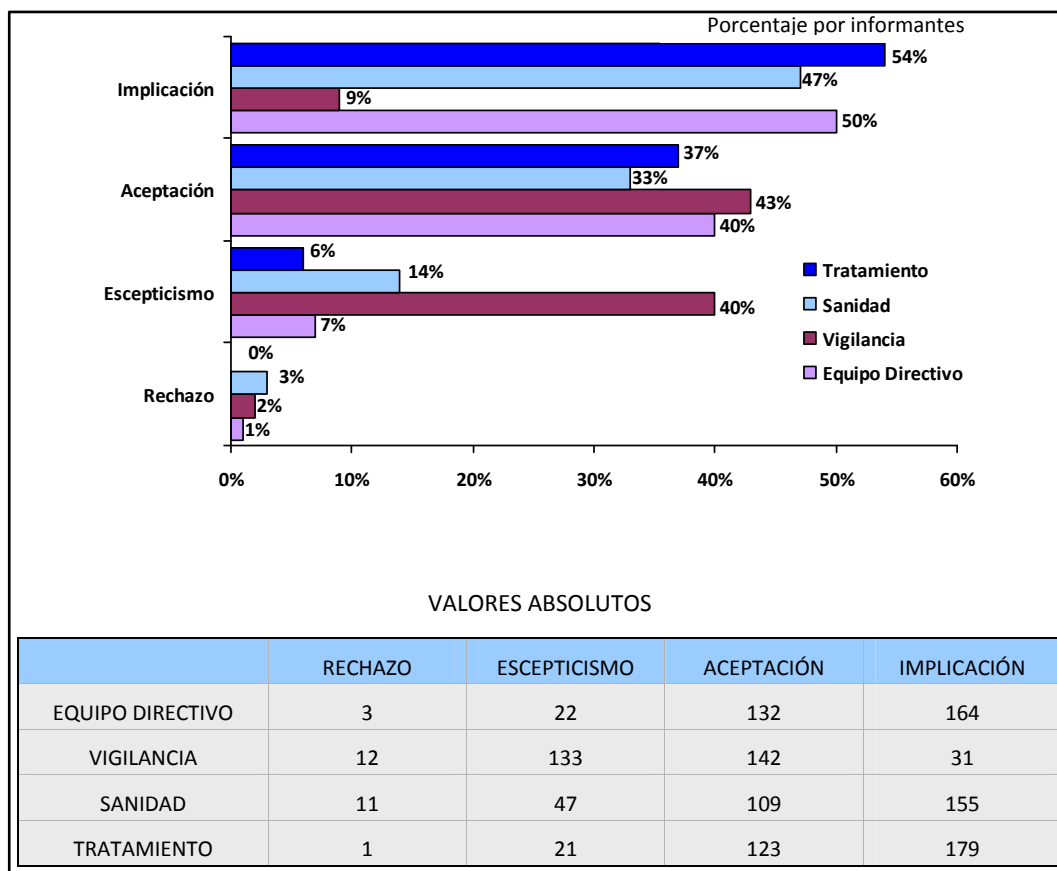


Figura 14. Valoración del PAIEM por el resto de los profesionales del CP.

Fuente: Abad Azuara A, Arroyo Cobo JM, Gómez Pintado P, López Fernández JM, Pozuelo Rubio F, Ruiz Alvarado A, et al. (2013) *Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el Programa de Atención Integral al enfermo mental (PAIEM)* (p. 22). España: SGIP.

En relación con los espacios que ocupa el PAIEM en el CP, sólo se encuentra información sobre la ubicación de los internos en el centro, donde pasan la mayor parte del tiempo, además de en la enfermería. La mayoría están alojados en módulos ordinarios y hay una presencia mínima de los que se encuentran en la enfermería como único lugar de residencia (Ver Figura 15). Con respecto a los módulos terapéuticos, pretenden que sean espacios de paso y “no se conviertan en nuevos guetos que sustituyan a la enfermería”²⁹, donde se mantenían en un principio a estas personas.

Una de las contradicciones o incoherencias derivadas del hecho de intentar aplicar un programa terapéutico dentro de un centro que no reúne las condiciones adecuadas aparece en este punto. Y es que el espacio carcelario supone la reproducción del ambiente marginal y delincuencial de la calle, pero dentro del centro penitenciario. De tal manera que la persona que ingresa, lo hace asumiendo todo ese sistema de normas,

hábitos, cultura y conductas que constituirá dentro del propio recinto la llamada “subcultura carcelaria”³¹. Y que, como efecto principal, tendrá lo que Clemmer llamó en 1940 *prisionización*³², que no es más que el aprendizaje y la interiorización de esos valores negativos por parte del interno, constituyendo un sistema social al margen de la Administración, que se mantiene y se perpetúa a través de la denominada “ley del silencio”³⁰. Por esta razón, cualquier intervención dentro de esta realidad implica colocar al interno en una posición esquizofrénica, pues al finalizar su trabajo terapéutico va a volver a esos módulos donde va a recibir todos los estímulos antagónicos, lo que, en última instancia, supone un refuerzo a la simulación y la mentira.

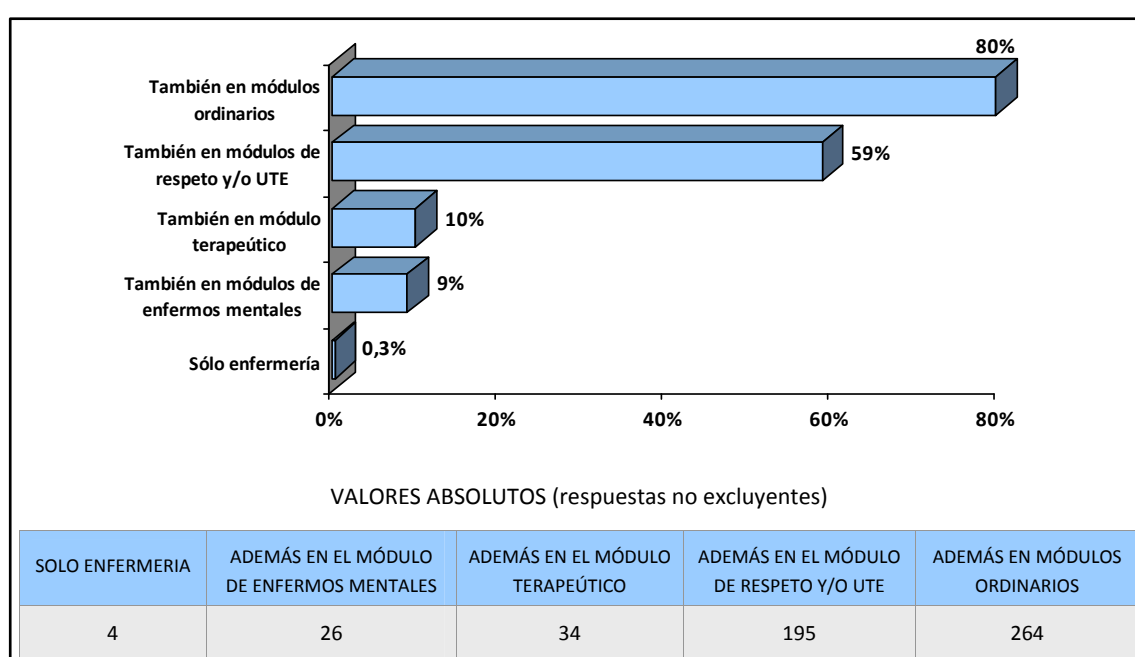


Figura 15. Ubicación de los internos del PAIEM en el centro además de en la enfermería.

Fuente: Abad Azuara A, Arroyo Cobo JM, Gómez Pintado P, López Fernández JM, Pozuelo Rubio F, Ruiz Alvarado A, et al. (2013) *Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el Programa de Atención Integral al enfermo mental (PAIEM)* (p. 11). España: SGIP.

Otro problema que dimana de esa lógica externa, y que no depende intrínsecamente del PAIEM, es la dificultad que los Equipos Multidisciplinares tienen en la tercera fase del programa, la de reincorporación social y derivación adecuada en el momento de la excarcelación (Ver Figura 16). Ya que su resolución trasciende los límites de la administración penitenciaria. Por ello, se está considerando desde la SGIP impulsar un programa específico y complementario al PAIEM para reforzar esta fase del programa²⁵. Cabe destacar, en relación con la derivación, que las que son gestionadas a través de ONGs tienen mejores resultados. Esta tendencia se ve ratificada en el Estudio de Evaluación por una asociación estadísticamente significativa entre la

variable “miembros de los equipos que consideran que los internos han mejorado en sus carencias y discapacidades” y la variable “Equipos que tramitan la derivación a través de la ONG o entidad del tercer sector que trabaja en el PAIEM” (ver Figura 17). Este dato confirma ese férreo aislamiento que mantienen los CP con la realidad exterior y las distintas instituciones, lo que no ocurre en la misma medida con las asociaciones y ONGs, ya que mantienen un contacto más cercano con las familias y con los recursos de la comunidad.

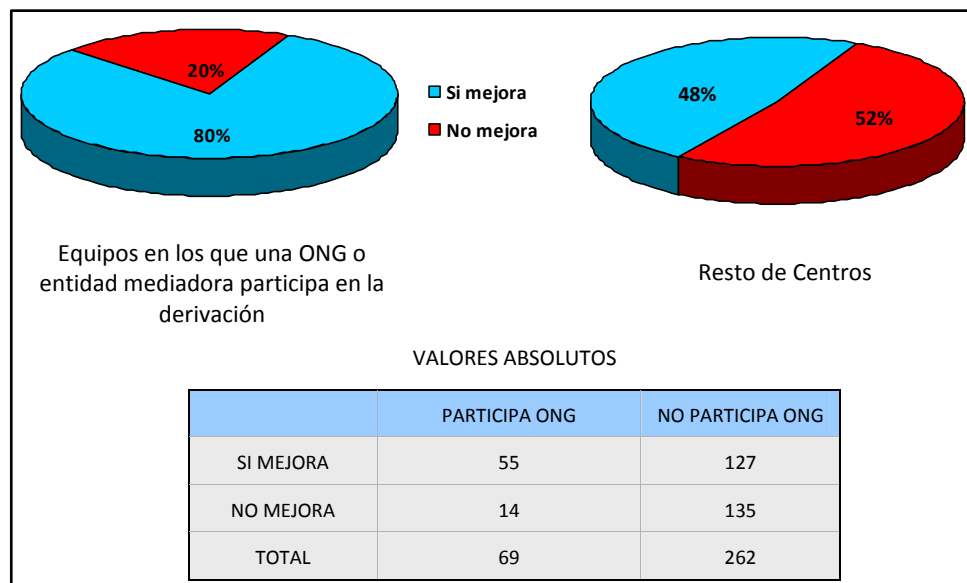


Figura 16. Dificultades en el apoyo social y seguimiento exterior para la aplicación de las medidas dirigidas a la reincorporación social.

Fuente: Abad Azuara A, Arroyo Cobo JM, Gómez Pintado P, López Fernández JM, Pozuelo Rubio F, Ruiz Alvarado A, et al. (2013) *Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el Programa de Atención Integral al enfermo mental (PAIEM)* (p. 17). España: SGIP.

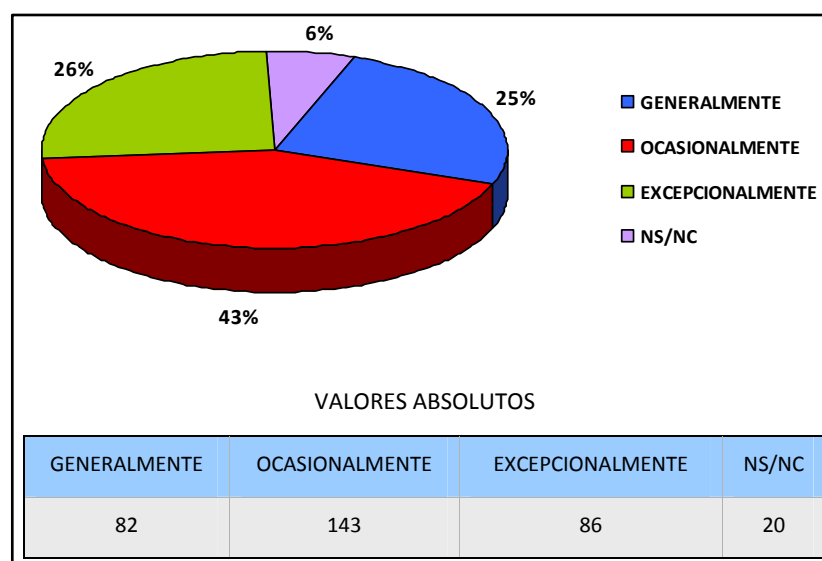


Figura 17. Mejora en las derivaciones de los enfermos hacia los recursos de la comunidad.

Fuente: Abad Azuara A, Arroyo Cobo JM, Gómez Pintado P, López Fernández JM, Pozuelo Rubio F, Ruiz Alvarado A, et al. (2013) *Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el Programa de Atención Integral al enfermo mental (PAIEM)* (p. 19). España: SGIP.

A continuación, vamos a centrarnos en analizar la lógica externa a nivel extra-centro. Su secuela más directa y constatable es el principal inconveniente que refieren los profesionales en la puesta en marcha del PAIEM: una mayor carga de trabajo (ver Tabla I), ya que es un problema que no depende intrínsecamente del CP, sino que tiene cabida solución desde estamentos superiores. Además, esto puede tener relación con el hecho de que no exista intercambio de buenas prácticas entre el resto de Equipos PAIEM de otros centros (ver Tabla II), ya que supondría una carga más de trabajo y un “sobreesfuerzo”. Pero, ¿qué hay detrás de estos datos?

Tabla I. Inconvenientes de la puesta en marcha del PAIEM.

MAS TRABAJO	EFFECTO LLAMADA	PROBLEMAS DE ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN	FALTA DE RECURSOS	AUSENCIA DE FORMACIÓN
66%	22%	9%	13 %	7 %

Fuente: Abad Azuara A, Arroyo Cobo JM, Gómez Pintado P, López Fernández JM, Pozuelo Rubio F, Ruiz Alvarado A, et al. (2013) *Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el Programa de Atención Integral al enfermo mental (PAIEM)* (p. 21). España: SGIP.

Tabla II. Intercambio de buenas prácticas entre los centros penitenciarios.

HAY INTERCAMBIO DE BUENAS PRÁCTICAS	NO HAY INTERCAMBIO DE BUENAS PRÁCTICAS	NS/NC
15%	73%	12%

Fuente: Abad Azuara A, Arroyo Cobo JM, Gómez Pintado P, López Fernández JM, Pozuelo Rubio F, Ruiz Alvarado A, et al. (2013) *Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el Programa de Atención Integral al enfermo mental (PAIEM)* (p. 21). España: SGIP.

Por otro lado, es esencial para entender la lógica externa, saber cuál es el contexto político en el que se despliega el PAIEM. El proceso se desarrolla con el Partido Popular en el Gobierno, en la X Legislatura, desde diciembre del 2011³³ hasta diciembre del 2015.

Revisando distintas hemerotecas, hemos de destacar algunas noticias que nos ilustran sobre esa lógica externa donde se ha venido desarrollando el PAIEM y las dependencias existentes entre las distintas instituciones. A continuación incluimos una tabla de elaboración propia (ver Tabla III) que sintetiza algunos acontecimientos de actualidad a tener en cuenta:

Tabla III. Revisión de noticias de actualidad.

15/AGO/15: "La crisis deja las cárceles sin estrenar" ³³	<ul style="list-style-type: none"> - La crisis económica ha impedido equipar y abrir dos nuevos CPs en Málaga y Ceuta, que permitirían descongestionar las prisiones de la CA, cuya capacidad es de 900 internos y tienen una ocupación actual de 1500-2000. - El principal problema es la falta de personal y la ausencia de una oferta de empleo público. -La obra fue iniciada por el anterior Gobierno del PSOE.
10/JUL/15: "El Gobierno reduce el techo de gasto por segundo año consecutivo" ³⁴	<ul style="list-style-type: none"> - El Gobierno reducirá el gasto público un 4,4%, lo que supone rebajar el gasto no financiero en 5.666 millones de euros para dejarlo en 123.354 millones. - El año anterior ya se redujo el techo de gasto un 3,2% hasta dejarlo en 129.060 millones.
12/AGO/15: "El sindicato de prisiones denuncia recortes que amenazan a la seguridad" ³⁵	<ul style="list-style-type: none"> -ACAIP (Agrupación de los Cuerpos de la Administración de Instituciones Penitenciarias) protesta por la pérdida de 119 puestos de trabajo desde el año 2011 en los establecimientos penitenciarios de la C. Valenciana. - Afirman que muchos días ni siquiera se cubren los servicios mínimos. - ACAIP calculaba en junio del 2013 un nivel de masificación del 166%, poniendo en peligro a trabajadores y a internos.
23/DIC/13: "La cárcel de mujeres de Alcalá se queda sin médicos por la noche" ³⁶	<ul style="list-style-type: none"> - La Dirección General de Instituciones Penitenciarias, dependiente del Ministerio del Interior, decidió suprimir las guardias presenciales en este departamento y sustituirlas por localizadas. El personal refiere que no llegaría ninguno antes de los 45 minutos por residir en Madrid capital. - A esto se une que desde julio no hay un especialista de ginecología, ya que el único que había se jubiló.
1/AGO/12: "Interior sustituirá policías y funcionarios por vigilantes privados en 21 cárceles" ³⁷	<ul style="list-style-type: none"> - El Ministerio del Interior comenzará después del verano a sustituir en las cárceles a miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y también a funcionarios de prisiones por vigilantes de seguridad privados. - Sindicatos de funcionarios muestran su preocupación por lo que consideran un primer paso de una posible privatización general de la seguridad de las prisiones.
30/MAY/12: "Los recortes llevarán a los presos a reincidir, según entidades sociales" ³⁸	<ul style="list-style-type: none"> -Los recortes presupuestarios supondrán un duro golpe en las políticas de reinserción de los presos. La reincidencia aumentará entre el 10% y el 12%. - Las 35 asociaciones sociales que trabajan en la reinserción han denunciado que el Departamento de Justicia les ha comunicado la supresión de las subvenciones. - Àngels Guiteras, presidenta de la Mesa de Entidades del Tercer Sector de Cataluña, afirma que las cárceles volverán a ser fábricas más eficientes de criminalidad o almacenes de delincuentes.
4/DIC/10: "El PP reclama en las Corts la paralización del centro de inserción social (CIS)" ³⁹	<ul style="list-style-type: none"> - El PP reclama la paralización del proyecto de construcción del CIS en la partida de Safranar en Valencia por colindar con Paiporta y Pincaya que están a escasos metros del casco urbano. Dice también contar con el apoyo de los vecinos.

Fuente: Elaboración propia. Noticias obtenidas de: El País [Sede Web] y Europa Press [Sede Web].

Por un lado, los funcionarios y profesionales que sostienen el sistema se ven afectados por las políticas de recortes en gasto público. Además, los CPs recientemente construidos no se pueden llenar hasta que no se doten de nuevo personal, pero no se convoca a su vez una oferta pública de empleo. Por otro lado, el Ministerio piensa que privatizar la seguridad exterior para que empresas privadas vigilen las cárceles puede ser una solución, aunque en realidad será un negocio para ellas, que además están financiadas con dinero público. Mientras, la Dirección General de Instituciones Penitenciarias ha decidido la paralización de la construcción de los CIS, manteniendo, por tanto, un hacinamiento importante de los internos, y al tiempo, desmantelando los programas sociales de apoyo a personas presas, siendo las cárceles grandes depósitos de personas⁴¹.

El PAIEM se desarrolla, por tanto, dentro de esta lógica. Pero, además, al estar vinculado al ámbito de lo sanitario, se enfrenta también a otra realidad enormemente contradictoria. Pues en contraste con la norma, mientras que en el campo de lo sanitario, la tendencia actual es hacia la *deshospitalización*, evitando las largas institucionalizaciones del pasado, en la práctica judicial o penal se sigue con la dinámica de agotar los períodos máximos de las sentencias³. Esto es otra de las anomalías que se pueden visibilizar en la Evaluación²⁹. Ya que según las “Fichas de Evaluación del PAIEM segundo semestre 2012” (ver Anexo 3), casi la mitad de los internos que salieron del PAIEM durante ese período fue por libertad, y de estos sólo un tercio fueron derivados a recursos comunitarios²⁹.

Por último, es importante aclarar en este apartado los vínculos políticos e institucionales del PAIEM. Por un lado, la gestión de la política penitenciaria es competencia del Ministerio del Interior, y es llevada a cabo por medio de la SGIP²⁸, que se articula en diferentes subdirecciones técnico-funcionales (ver Figura 18), y en una red de servicios periféricos a nivel de centros penitenciarios (ver Figura 19) y de centros de inserción social.

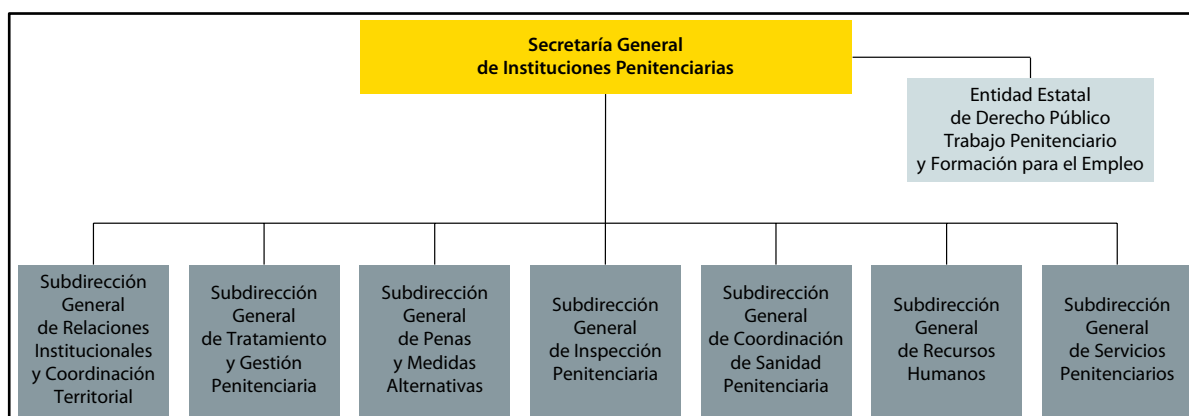


Figura 18. Organigrama de los Servicios Centrales.

Fuente: SGIP (2014) *El Sistema Penitenciario Español* (p. 17). España: Ministerio del Interior.

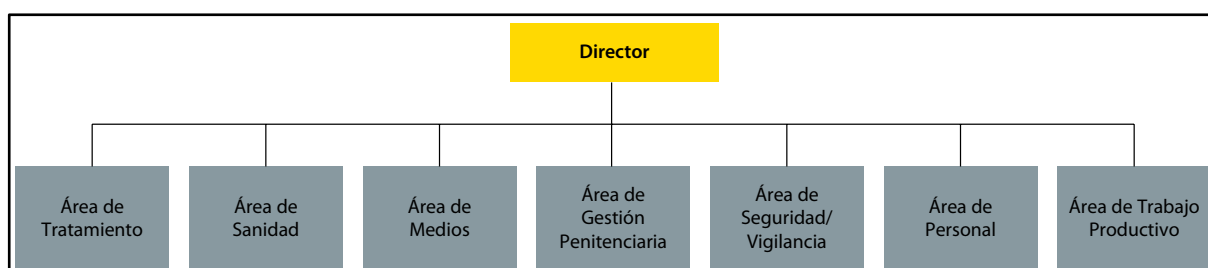


Figura 19. Organigrama de los Centros Penitenciarios.

Fuente: SGIP (2014) *El Sistema Penitenciario Español* (p. 17). España: Ministerio del Interior.

Con respecto a la financiación del PAIEM, no hemos encontrado fuentes, pero se deduce que los fondos provienen de los presupuestos del Estado, ya que no se financian a partir de fondos privados.

En último lugar, la evaluación es realizada principalmente desde la Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria y la Subdirección General de Tratamiento y Gestión Penitenciaria, como así aparece en la autoría de la Evaluación²⁹. Pero a nivel práctico nadie vigila que se haga, y como últimos responsables están el Subdirector Médico y de Tratamiento. Es decir, depende totalmente de la motivación del Equipo de cada centro, y si hay profesionales que están implicados en que se lleve a cabo y salga adelante.

4. Proyección para el marco de la Enfermería.

En general, los estudiantes de Enfermería nos encontramos a lo largo de la carrera y de nuestra posterior formación, una brecha considerable entre la práctica y la teoría enfermera aparentemente insoslayable. Hay una necesidad importante de teorías que sean capaces de formar en la práctica enfermera. Las Teorías Prácticas se presentan como medio para salvar esa distancia entra la investigación y la práctica, y están consideradas congruentes con los objetivos de la disciplina⁴².

A continuación se presenta el concepto de *liminalidad*, relativamente nuevo en la disciplina de enfermería, desarrollado a fondo por el método *ID-EA*: Inducción, Deducción, Evaluación y

Aplicación (ver Figura 20). Para construir el entramado teórico y guiar las intervenciones en la práctica de Enfermería. El análisis de la teoría la *liminalidad*, de Baird⁴³ nos permite observar grandes semejanzas con la filosofía que informa el PAIEM y

que pueden servirnos para definir un marco de actuación para la enfermera en este programa de los CPs.

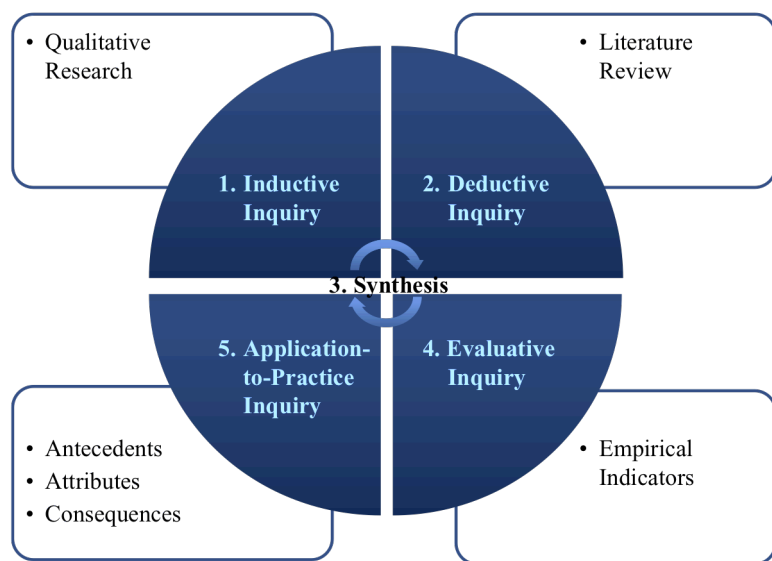


Figura 20. Pasos del Método ID-EA.

Fuente: Baird MB, Reed PG. (2015) *Liminality in Cultural Transition: Applying ID-EA to Advance a Concept Into Theory-Based Practice*. (p. 27). Res Theory Nurs Pract.

La teoría de la *liminalidad* resulta de dos investigaciones: una de carácter etnográfico y la otra de investigación-acción colaborativa basada en la comunidad (Community-based collaborative action research, CBCAR), es decir, un estudio llevado a cabo colaborativamente entre los afectados por el problema de investigación sistemática y los expertos en metodologías de investigación, con el común propósito de la educación y la adopción de medidas que efectúen el cambio⁴⁴. Ambos están realizados con mujeres sudanesas refugiadas que han tenido que ser reubicadas es Estados Unidos. Esa transición cultural que están sufriendo, Baird señala que está

compuesta de tres fases, las cuales nosotros vamos a analizar y extrapolar a nuestro propio contexto (ver Figura 21):

1ª *Fase de Separación*: La persona es “forzada” a dejar su contexto (que puede incluir o no casa, familiares, amigos, etc.), para trasladarse a otro lugar con una serie de normas, reglas, costumbres y valores diferentes, el CP. Es fundamental analizar los antecedentes que propician esta transición ya que influyen en la posterior experiencia.

2ª *Fase de Liminalidad*: La experiencia de transición es habitualmente descrita como “estar justo en el medio de la nada, ni en un sitio ni en el otro”. Entre dos culturas, ni están en la calle, ni acaban de estar dentro porque su cabeza está en la calle. Una característica definitoria importante es que los individuos que experimentan la *liminalidad* están en un profundo estado de vulnerabilidad, con la sensación de no pertenencia a nada. Pueden sentir confusión, desorientación o novedad por la cantidad de cambios que se simultanean; estos son los llamados “atributos”, características únicas que experimenta cada individuo. Pero ese *estado liminal*, encierra también una interesante y trascendente paradoja: por un lado, es negativo ya que se pierden todas las formas y estructuras del pasado, pero al mismo tiempo puede incluir un gran potencial de cambio y transformación muy positivo; estas son las diferentes “consecuencias”, otro componente de la *liminalidad*. También cabe destacar en esta fase que existen una serie de factores o condiciones que pueden facilitar o dificultar un proceso de transición saludable. En esta fase, es por tanto, donde debe centrarse y actuar la Enfermería, ya que las acciones o intervenciones pueden modificar o influenciar los resultados de la transición. La actuación concreta puede traducirse en ciclos de seminarios o talleres formativos a nivel grupal e individual (que implicarían un estudio adicional, valorando y trabajando con diagnósticos de enfermería y planes de cuidados).

3ª *Fase de Inclusión*: El estudio denomina a esta fase “integración”, pero me parece más adecuado hablar de inclusión, ya que es también la sociedad la que debe adaptarse y amoldarse, interna y externamente. Esta fase incluye la incorporación de nuevos elementos en uno mismo y la recuperación del control de sus vidas.

Esta transición es dinámica y gradual. Las fases no están separadas y pueden solaparse, ya que todo depende del tiempo y las circunstancias de cada persona. A continuación se presenta en la Figura 21 la propuesta:

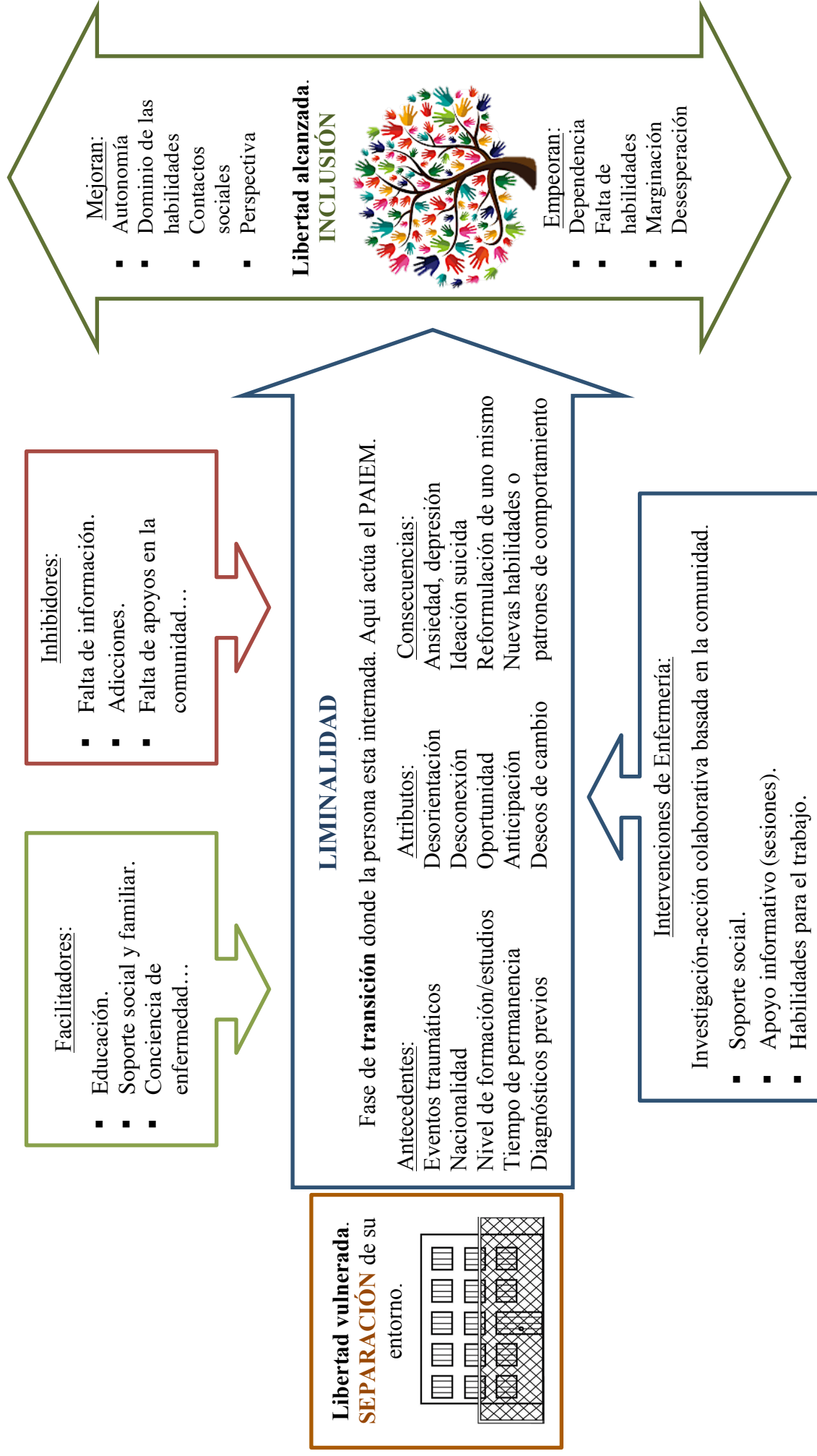


Figura 21. Armazón teórico: El concepto de liminalidad en el PAIEM.

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Baird MB. (2012) *Well-being in refugee women experiencing cultural transition*. (p. 256). Advances in Nursing Science; y Baird MB, Reed PG. (2015) *Liminality in Cultural Transition: Applying ID-EA to Advance a Concept Into Theory-Based Practice*. (p. 35). Res Theory Nurs Pract.

5. Análisis crítico de los resultados.

La diáspora de las personas con problemas de salud mental a los centros penitenciarios que sigue a la desaparición de los manicomios es un hecho social que nos revela gran información acerca de la organización de nuestra sociedad, y cómo se imbrican la ética, la justicia social y el derecho.

Después de la inmersión y el estudio de este problema, una de las conclusiones razonables, es que se trata de una cuestión muy compleja, donde entran en juego diferentes actores con diferentes intereses, por lo que requeriría de un estudio posterior en profundidad. Esto sólo supondría un comienzo.

Pero en cualquier caso, a pesar de la complejidad que entraña, esta flagrante realidad que atenta contra los derechos fundamentales no puede seguir siendo obviada. Las personas con problemas de salud mental pasan desapercibidas para el sistema sanitario público, y además, son personas que no demandan muchas veces estos servicios y en ocasiones no cumplen las normas de acceso a algunas prestaciones, por lo que muchos acaban siendo excluidos y marginados en CPs. Lugares, donde se ha podido comprobar (a través de la información que nos han aportado algunos profesionales implicados, diversos estudios y mi cercanía con esta realidad), que no son lugares para “tratar”, sino al contrario. De hecho, mi grupo de voluntariado y yo, hemos podido percibir el empeoramiento de personas que al ingreso en prisión parecían no tener ningún problema pero que a la larga han desarrollado algunos incluso incapacitantes como para no poder acudir a la actividad que realizamos desde la ONG.

En lo que al PAIEM se refiere, se trata de una propuesta con muy buena intención, pero de difícil desarrollo dentro del marco de los centros penitenciarios, según hemos podido concluir. Además, es importante no dejar de lado que se trata de un problema cuyo origen es de otra dimensión, y que el PAIEM se limita sólo a una actuación superflua y heterogénea. Ya que, actualmente, se desenvuelve en un régimen de informalidad que varía sobremanera en función de la inquietud y la motivación de los profesionales implicados. A lo que se une también que el tratamiento provisto en los CPs acaba siendo nimio, debido a la carencia de coordinación entre las redes asistenciales extra-penitenciarias, dificultando el proceso de reinserción (que es fundamental para que todo lo trabajado no sea tiempo perdido), y favoreciendo por tanto los reingresos de estas personas. Es entendible como la compleja organización de

la vida en un centro penitenciario, presidida por el control y la disciplina, por las restricciones y la convivencia forzada, por los horarios rígidos y la monotonía, por el aislamiento emocional y la frustración, hagan muy difícil la construcción de estos espacios terapéuticos adecuados para el desarrollo del PAIEM. Pero a pesar de todo ello, existen estos espacios. Por ejemplo, en determinados módulos, en la enfermería, en talleres ocupacionales, en dispositivos en los que se facilita la compañía de mediadores o de terapeutas voluntarios, como nuestro llamado “aula de cultura” donde realizamos los sábados la actividad desde la ONG. Por tanto, la potenciación de estos espacios y la formación de los equipos de los centros es una pieza importante en la construcción de ambientes positivos, donde se fomenten las relaciones de respeto entre los internos, de seguridad y de empatía²⁷.

Desde la Enfermería, deberíamos asumir responsabilidades también en la etapa de reinserción, y abandonar, de verdad, los modelos basados exclusivamente en la enfermedad. Tenemos un gran potencial y la suerte de trabajar todo el tiempo junto a las personas afectadas, lo que nos aporta un conocimiento muy valioso y completo, ya que podemos conocer de primera mano sus necesidades y sus problemas. Pero no podemos quedarnos ahí, alguien tiene que hacerse cargo de esa verdad, es una responsabilidad que debemos asumir. Aprovechemos esa oportunidad, actuemos en distintos niveles y en diferentes ámbitos, colaborando con otros profesionales. En definitiva, hagamos todo lo que esté en nuestra mano (que es más de lo que creemos) en esta fructífera fase de *liminalidad* en la que se suele desenvolverse nuestra práctica diaria.

Por otro lado, se ha demostrado a través de un estudio realizado en las prisiones españolas⁴⁵ (el único encontrado), que la satisfacción laboral de los profesionales de la enfermería penitenciaria es ligeramente inferior a la del resto de profesionales. Debido, entre otros motivos, a que no existe ninguna forma de promoción o reconocimiento del trabajo realizado en este ámbito. El estudio argumenta que, a pesar de no ser un trabajo excesivamente estresante, se trata en muchos casos de una actividad en la que el profesional no cuenta con la autonomía necesaria para organizar y dirigir su propio trabajo, que resulta al final bastante rutinario. Con esto quería mostrar todo lo que queda por hacer en este enmudecido ámbito, y la importancia que acaban teniendo los cambios específicos y mínimos en este entorno laboral. Extenso campo de actuación para tomar iniciativas e intervenir, debido a las muchas limitaciones y necesidades existentes, desde sanitarias y sociales pasando por necesidades formativas y de organización. Propias de

las instituciones públicas o por parte de movimientos asociativos, desde ciudadanía dispuesta a colaborar para que este medio tan estigmatizado realmente pueda ser un recurso de rehabilitación e inserción, hasta todos los profesionales integrados en los centros penitenciarios²⁶.

De aquí se infiere otra conclusión fundamental: la de la necesidad de desarrollar nuestra práctica enfermera basada en un marco conceptual que determine nuestra razón de ser y de estar⁴⁶, que nos soporte y nos secunde en nuestras acciones, a través del pensamiento crítico y de la investigación para ofrecer unos cuidados enfermeros de calidad. Y que, por supuesto, no se quede en meras palabras. Deberíamos denunciar con fundamento aquellas situaciones que sabemos no tienen como fin último el cuidado de las personas con las que estamos. Es un atentado a la ética social que representa el Estado de Bienestar que estas personas con problemas de salud mental acaben recluidas en prisiones. Sería deseable que la sociedad ofreciera a los más vulnerables las medidas asistenciales y rehabilitadoras que necesitan, respetando por tanto su derecho a la dignidad humana. En este contexto tienen aún más sentido las palabras de González Duro con las que queremos cerrar este trabajo:

“Sobran los discursos de autopromoción, las complacientes evaluaciones, los programas que se quedan en los papeles, los proyectos que no se realizan por falta de presupuesto, las utopías tecnocráticas, los recreativos congresos que acaban con aplausos y lanzamiento de globos... Falta, por el contrario, el análisis realista, el reconocimiento de los falsos planteamientos y de los errores cometidos, la redefinición de los objetivos, el ejercicio de la crítica desinteresada y de la sana autocrítica. Es casi urgente el debate olvidado, la revisión de los viejos conceptos y la elaboración de otros nuevos, la reflexión sobre la experiencia pasada y presente, la teorización de la práctica, la indispensable teoría... Queda mucho camino por delante.”⁴⁶

Enrique González Duro.

6. Bibliografía.

- 1) Foucault M. Vigilar y castigar, nacimiento de la prisión. 1ª ed. Madrid: Biblioteca nueva; 2012.
- 2) J Sanz, P Gómez-Pintado, A Ruiz, F Pozuelo, JM Arroyo. Programa de Atención Integral al Enfermo Mental en las prisiones españolas (PAIEM). Valoración tras cuatro años de funcionamiento. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2014 [consultado 12/08/15]; 16(3): 31-42. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/365/837>
- 3) Ramos Montes J. La atención a la salud mental en los diferentes ámbitos de la ejecución penal: ¿qué modelo necesitamos?. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2012 [consultado 12/08/15]; 14(2): 8-10. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/101/241>
- 4) E Garcés Pina, A. Duato Durán, MJ Vicente Edo. Los cuidados de enfermería psiquiátrica en los centros penitenciarios. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2006 [consultado 12/08/15]; 8(6): 23-33. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/117/275>
- 5) Reed J, Lyne M. Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semistructured inspections. British Medical Journal [Internet]. 2000 [consultado 18/08/15]; 320: 1031-1034. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/320/7241/1031.full.pdf>
- 6) Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios (PAIEM) [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2009 [consultado 18/08/15]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Protocolo_PAIEM.pdf
- 7) Arroyo-Cobo JM. El modelo de atención a los problemas de salud mental en IIPP. Una respuesta al debate permanente ¿enfermo o delincuente?. Cuad Psiquiatr Comunitaria [Internet]. 2014 [consultado 28/08/15]; 12(1): 13-26. Disponible en: http://aen.es/download/publicaciones/cuadernos_psiquiatria_comunitaria/CUADERNOS%2012-1%202014%20AF_Vol%207%20n2.qxd.pdf
- 8) P Saiz de la Hoya, P Viciana, J Antón, JM Arroyo, R Calvo, JM Castro, C Gutiérrez, G López, J Nieto, N Teixido, LC Vasallo. Informe CAPRI sobre la calidad de la asistencia sanitaria en centros penitenciarios españoles. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2003 [consultado 15/08/15]; 5(2): 8-20. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/243/537>
- 9) Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Circular 07/1999. Trabajos, estudios e investigaciones en el medio penitenciario. Madrid: Ministerio del Interior;

- 2015 [consultado 1/09/15]. Disponible en: http://www.acaip.info/info/circulares/1999_7.pdf
- 10) Gallizo Llamas M. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Solicitud de autorización de trabajos de investigación en centros penitenciarios. Madrid: Ministerio del Interior; 11/2015 [consultado 1/09/15]. Disponible en: <http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/instruccionesCirculares/c-2005-11.pdf>
 - 11) Cibanal Juan ML. A propósito de la especialidad en Enfermería en Salud Mental. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2007 [consultado 12/08/15]; 9(2): 9-13. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/91/219>
 - 12) Rosa A, Huertas JA, Blanco F. Metodología para la Historia de la Psicología. Madrid: Alianza Editorial; 1996.
 - 13) Honorato J, Arango C, Sanjuán J, Ros S, Vieta E, Ayuso JL, et al. Foro de Debate INESME “Presente y futuro de las enfermedades mentales más prevalentes”. [Internet] Madrid: INESME; diciembre 2011. [consultado 25/11/15]. Disponible en: <http://www.inesme.com/pdf/informediciembre11.pdf>
 - 14) Mora MI. Enfermos mentales en las prisiones ordinarias: un fracaso de la sociedad del bienestar. [Internet]. Andalucía: APDHA; febrero 2007. [consultado 25/11/15]. Disponible en: <http://www.apdha.org/media/saludmental07.pdf>
 - 15) González Pardo H, Pérez Álvarez M. La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente? [Internet]. Madrid: Alianza; 2007. [consultado 25/11/15]. Disponible en: http://www.asmi.es/arc/doc/La_invencion_de_enfermedades_mentales.pdf
 - 16) Castejón MA, Pallarés J, López JM (Fundación Manantial). Las personas con TMG en el ámbito penal y penitenciario: Situación actual y propuestas de intervención psicosocial. [Internet]. España: Asociación Madrileña de Salud Mental (AMSM); 2010. [consultado 20/11/15]. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/Personasconenfermedadmentalpenitenciario.pdf>
 - 17) Dirección general de Instituciones Penitenciarias. Estudio sobre Salud Mental en el Medio Penitenciario. [Internet]. España: Ministerio del Interior; diciembre 2006. [consultado 25/11/15]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/boletinAgencia/boletin10/estudio_saludMental_medio_penitenciario.pdf.pdf
 - 18) Vicens E, Tort V. El cumplimiento de la medicación y las implicaciones clínicas a largo plazo en la esquizofrenia en el ámbito penitenciario. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2005 [consultado 25/11/15]; 7(2): 68-76. Disponible en: <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/288/634>

- 19) Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín Oficial del Estado, número 102, de 29-04-1986). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>
- 20) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín Oficial del Estado, número 128, de 29-05-2003). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>
- 21) Conclusiones de las Jornadas. En: Jornadas Personas con Enfermedad Mental en Régimen Penitenciario. Confederación Salud Mental España: ASAV; 2008 Mayo 26-27. Hospital de Fuenlabrada. Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/CONCLUSIONESJORNADASCENTRO SPENITENCIARIOS.pdf>
- 22) Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal (Boletín Oficial del Estado, número 281, de 24-11-1995). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
- 23) Gómez Tato I. Atención sociosanitaria y atención mental. Rev Adm Sanit [Internet]. 2005 [consultado 20/11/15]; 3(2):273-286. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pid=articulo=13077980&pid_usuario=0&pcontactid=&pid_revista=261&ty=71&accion=L&origen=zona_delectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v3n2a13077980pdf001.pdf
- 24) Conclusiones de las Jornadas. En: Jornadas Personas con Enfermedad Mental en Régimen Penitenciario. Confederación Salud Mental España: AFAPI -HPPA; 2009 Jun 8-9. En Caixa Forum (Madrid). Disponible en: <https://consaludmental.org/publicaciones/ConclusionesAFAPI.pdf>
- 25) Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Dirección General de Coordinación Territorial y Medio Abierto. PAIEM Renovado, Protocolo de aplicación del programa marco de atención integral a enfermos mentales en centros penitenciarios [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; Diciembre 2013 [consultado 15/12/15]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/Noticias/Carpeta/PAIEM_RENOVADO.pdf
- 26) Markez Alonso I, Abad Azuara A, Hernández Monsalve M, Repeto zibermann C. Una década de historia del Grupo de Salud Mental en Prisión (GSMP). Del Congreso de la AEN de Oviedo (2003) al Congreso de la SESP en Madrid (2013). Cuad Psiquiatr Comunitaria [Internet]. 2014 [consultado 07/01/16]; 12(1): 69-82. Disponible en: http://aen.es/download/publicaciones/cuadernos_psiquiatria_comunitaria/CUADER NOS%2012-1%202014%20AF_Vol%207%20n2.qxd.pdf
- 27) Grupo de trabajo sobre Salud Mental en Prisión (GSMP), Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) y Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). Guía Atención primaria de la salud mental en prisión. [Internet]. Bilbao: OMEditorial; 2011. [consultado 07/01/16]. Disponible en:

http://sesp.es/imagenes/O94/portada/atencion_primaria_de_la_salud_mental_en_prision.pdf

- 28) Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. El Sistema Penitenciario Español. [Internet]. Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica. España; 2014. [consultado 07/01/16]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/publicaciones/Sistema_Penitenciario_2014_Web_Vin_2.pdf
- 29) Abad Azuara A, Arroyo Cobo JM, Gómez Pintado P, López Fernández JM, Pozuelo Rubio F, Ruiz Alvarado A, et al. Evaluación del funcionamiento y resultados obtenidos por el Programa de Atención Integral al enfermo mental (PAIEM) (2009-2013). [Internet]. España; Diciembre 2013. [consultado 08/01/16]. Disponible en: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Evaluacion_PAEM.pdf
- 30) Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria (LOGP). (Boletín Oficial del Estado número 239, de 05-10-1979. Última modificación, 01-07-2003). Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1979/BOE-A-1979-23708-consolidado.pdf>
- 31) Longoria González MB. La Unidad Terapéutica y Educativa de Villabona: un modelo alternativo a la prisión tradicional. Cuad Psiquiatr Comunitaria [Internet]. 2014 [consultado 08/01/16]; 12(1): 51-58. Disponible en: http://aen.es/download/publicaciones/psiquiatria_comunitaria/CUADERNOS%2012-1%202014%20AF_Vol%207%20n2.qxd.pdf
- 32) González Salas AE. Consecuencias de la Prisionización. Revista Cenipec [Internet]. 2001 [consultado 08/01/16]; 20: 9-22. Disponible en: <http://ecotropicos.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/pubelectronicas/revistacenipec/cenipeccnum20/articulo1-20.pdf>
- 33) Lamoncloa.gob [Internet]. Madrid: La Moncloa [consultado 08/01/16]. Gobiernos de la X Legislatura [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/gobierno/gobiernosporlegislaturas/Paginas/XLegislatura.aspx>
- 34) Codina E, Abad R. El País [Sede Web]. 2015 [acceso 7/Enero/16]. La crisis deja las cárceles sin estrenar. Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2015/08/15/actualidad/1439659556_637718.html
- 35) Servedo González J. El País [Sede Web]. 2015 [acceso 7/Enero/16]. El Gobierno reduce el techo de gasto por segundo año consecutivo. Disponible en: http://economia.elpais.com/economia/2015/07/10/actualidad/1436524376_802252.html
- 36) Hildebrandt G. El País [Sede Web]. 2014 [acceso 7/Enero/16]. El sindicato de presiones denuncia recortes que amenazan la seguridad. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2014/08/12/valencia/1407839478_250830.html

- 37) Barroso FJ. El País [Sede Web]. 2013 [acceso 7/Enero/16]. La cárcel de mujeres de Alcalá se queda sin médicos por la noche. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/12/22/madrid/1387733292_259342.html
- 38) Ceberio Belaza M. El País [Sede Web]. 2012 [acceso 7/Enero/16]. Interior sustituirá policías y funcionarios por vigilantes privados en 21 cárceles. Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2012/08/01/actualidad/1343835926_693592.html
- 39) Vallespín I. El País [Sede Web]. 2012 [acceso 7/Enero/16]. Los recortes llevarán a los presos a reincidir, según entidades sociales. Disponible en: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/05/30/catalunya/1338390314_597751.html
- 40) Europa Press [Sede Web]. 2010 [acceso 7/Enero/16]. El PP reclama en las Corts la paralización del centro de inserción social (CIS) en la partida del Safranar. Disponible en: <http://www.europapress.es/comunitat-valenciana/noticia-pp-reclama-corts-paralizacion-centro-insercion-social-cis-partida-safranar-20101204132419.html>
- 41) Markez I. Presentación. Cuad Psiquiatr Comunitaria [Internet]. 2014 [consultado 07/01/16]; 12(1): 7-12. Disponible en: http://aen.es/download/publicaciones/cuadernos_psiquiatria_comunitaria/CUADERNOS%2012-1%202014%20AF_Vol%207%20n2.qxd.pdf
- 42) Baird MB, Reed PG. Liminality in Cultural Transition: Applying ID-EA to Advance a Concept Into Theory-Based Practice. Res Theory Nurs Pract. 2015; 29 (1):25-37.
- 43) Baird MB. Well-being in refugee women experiencing cultural transition. ANS Adv Nurs Sci. 2012; 35 (3):249-63.
- 44) Pavlish CP, Pharris MD. Community-Based Collaborative Action Research: A Nursing Approach. Ontario, Canada: Jones & Bartlett Learning; 2011.
- 45) EJ Vera-Remartínez, LM Mora, JA González, J García, E Garcés, JA Domínguez, et al. Satisfacción laboral de la enfermería en las prisiones españolas. Rev Esp Sanid Penit [Internet]. 2009 [consultado 27/02/16]; 11(3): 80-86. Disponible en: <http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/62/158>
- 46) González Duro E. De la Psiquiatría a la Salud Mental. Rev Asoc Esp Neuropsiq [Internet]. 2000, [consultado 27/02/16]; 10(74): 249-260. Disponible en: <http://www.ww.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15695/15554>

7. Anexos.

Anexo 1 ⁶

DETECCIÓN DE POSIBLE ENFERMEDAD MENTAL

Si detecta que algún interno tiene alguna de las características que figuran a continuación se ruega lo ponga en conocimiento del Equipo Sanitario.

- ✓ Manifestar que percibe o escucha cosas que los demás no son capaces de experimentar (“voces que le hablan”).
- ✓ Un sentido de sí mismo exageradamente engrandecido (“creer tener habilidades especiales” o “haber hecho grandes descubrimientos”, etc.).
- ✓ Lenguaje incoherente o disgregado o escasamente comprensible.
- ✓ Manifestar conductas extrañas sin sentido aparente o desorganizado.
- ✓ Apariencia extraña, mímica y contacto interpersonal fuera de la normalidad, por ausencia o por exceso.
- ✓ Elevada impulsividad, apenas puede estar quieto, se enfada, amenaza o se irrita con enorme facilidad. No se adapta a la vida de los módulos.
- ✓ Grave deterioro en el cuidado personal: aseo y celda.
- ✓ Haber cumplido una medida de seguridad en Centro Especial.
- ✓ Historial de tratamiento psiquiátrico o de ingresos en unidades psiquiátricas de hospitalización.
- ✓ Informes de fuentes externas o familiares que revelen tratamiento psiquiátrico más o menos prolongado en el tiempo.
- ✓ Recibir prestación económica o algún tipo de pensión por tener reconocida algún tipo de minusvalía psíquica.

Anexo 2 (anverso) ⁶

Centro Penitenciario:	
Nombre y apellidos del interno:	
Módulo:	Fecha

NIVEL DE INTERVENCIÓN:	<input type="checkbox"/> Nivel 1	<input type="checkbox"/> Nivel 2	<input type="checkbox"/> Nivel 3
-------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

EVALUACIÓN DE HABILIDADES Y DISCAPACIDADES			
1.- Autocuidados: <ul style="list-style-type: none"> higiene personal (lavarse, peinarse, vestirse) higiene de la celda hábitos de alimentación cuidado de sus cosas personales 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
2.- Autonomía personal: <ul style="list-style-type: none"> manejo de peculio utilización de los recursos del centro <ul style="list-style-type: none"> - profesionales - actividades autonomía en libertad <ul style="list-style-type: none"> - para coger transportes - para ir al trabajo o a consulta médica capacidad para realizar trámites burocráticos 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Frecuente <input type="checkbox"/> Frecuente	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Poco frecuente <input type="checkbox"/> Poco frecuente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
3.- Autocontrol: <ul style="list-style-type: none"> manejo de situaciones de ansiedad o estrés heteroagresividad (física y/o verbal) autolesiones riesgo de suicidio adicciones 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes <input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Actual
4.- Relaciones interpersonales: <ul style="list-style-type: none"> red social en el centro (amigos, compañeros) red social en libertad (familia, amigos) interés para participar en actividades grupales aislamiento 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Antecedentes	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Actual
5.- Funcionamiento cognitivo: <ul style="list-style-type: none"> capacidad para hablar claridad del habla capacidad para iniciar conversaciones capacidad de atención y percepción capacidad en la resolución de problemas 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente
6.- Medicación y tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> conciencia de enfermedad actitud ante el tratamiento responsabilidad en la toma de medicación 	<input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Deficiente	<input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente <input type="checkbox"/> Muy deficiente

Anexo 2 (reverso) ⁶

Nombre y apellidos del interno:

PLAN INDIVIDUALIZADO DE REHABILITACION - PIR

1.- OBJETIVOS

GENERALES:

ESPECÍFICOS (concretos, priorizados, temporizados y formulados en términos de conducta):

2.- ACTIVIDADES

	DENOMINACIÓN	PROFESIONAL	HORAS-SEMANA
ACTIVIDAD Nº 1			
ACTIVIDAD Nº 2			
ACTIVIDAD Nº 3			
ACTIVIDAD Nº 4			
TOTAL HORAS-SEMANA			

3.- INTERNO DE APOYO:

☐ NO

☐ Sí Nombre y apellidos . . .

4.- SEGUIMIENTO:

TUTOR:

Fecha de la próxima evaluación multidisciplinar:

En . . . a . . . de . . . de .

Fdo.: El Coordinador

Anexo 3⁶

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM	
FICHAS DE EVALUACIÓN	1 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO: SEMESTRE:

1.- EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DE SALUD MENTAL

COORDINADOR/A		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN *
MIEMBROS COMPONENTES		
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN	INSTITUCIÓN/ORGANIZACIÓN *

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, Servicio Autónomo de Salud, ONG/Entidad (indicar nombre), .

2.- ATENCIÓN CLÍNICA

INTERNOS EN PAIEM A FECHA 31 DE DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
Nº INTERNOS CON UNO O MÁS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMEDAD MENTAL			
TRASTORNOS PSICÓTICOS			
TRASTORNOS AFECTIVOS			
TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD			
PATOLOGÍA DUAL			
OTROS DIAGNÓSTICOS *			

* Otros diagnósticos: No considerar entre ellos las toxicomanías.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM FICHAS DE EVALUACIÓN		2 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO: SEMESTRE:	

3.- REHABILITACIÓN

Aportar información del TOTAL SEMESTRE de entradas y salidas en el PAIEM, indicando las causas de las salidas (por traslado, por libertad, por otra causa: especificar cuál).

EVOLUCIÓN SEMESTRAL			
ENTRADAS EN PROGRAMA (ALTAS)			
SALIDAS DE PROGRAMA (BAJAS)		CAUSAS DE SALIDA	
		Por traslado a otro CP	
		Por libertad	
		Otra	<div style="display: flex; align-items: center;"> especificar <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin-left: 5px;"></div> </div>

INTERNOS EN PAIEM A FECHA 31 DE DICIEMBRE			
	SEXO		TOTAL
	H	M	
INTERNOS EN NIVEL 1			
INTERNOS EN NIVEL 2			
INTERNOS EN NIVEL 3			
TOTAL INTERNOS EN PROGRAMA			

ACTIVIDADES

Se recogerán todos los datos de participación de los internos con enfermedad mental en las distintas actividades, excluyendo los permisos y las salidas a la comunidad que se recogen en el apartado del Programa de Reinserción Social. Se deberá remitir de forma separada la información de cada actividad, utilizando para ello el número de tablas que sean necesarias.

A) ACTIVIDADES EN LAS QUE LOS ENFERMOS PARTICIPAN CONJUNTAMENTE CON LA POBLACIÓN GENERAL

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD												
PROFESIONAL RESPONSABLE												
NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIÓN				INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *							
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD												
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
PRESENTES A FIN DE MES												

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM
FICHAS DE EVALUACIÓN

3 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO:
SEMESTRE:

**ACTIVIDADES EN LAS QUE LOS ENFERMOS PARTICIPAN CONJUNTAMENTE
CON LA POBLACIÓN GENERAL (cont.)**

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM

FICHAS DE EVALUACIÓN

4 – 6

CENTRO PENITENCIARIO DE

AÑO:
SEMESTRE:

B) ACTIVIDADES EN LAS QUE PARTICIPAN SÓLO ENFERMOS MENTALES

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD													
PROFESIONAL RESPONSABLE													
NOMBRE Y APELLIDOS							PROFESIÓN			INSTITUCIÓN – ORGANIZACIÓN *			
NÚMERO DE INTERNOS CON ENFERMEDAD MENTAL QUE HAN PARTICIPADO EN LA ACTIVIDAD													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	
PRESENTES A FIN DE MES													

* Institución/Organización de la que depende el profesional, que puede ser, IIPP, ONG/Entidad (indicar nombre), etc.

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM FICHAS DE EVALUACIÓN		5 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO: SEMESTRE:	

4.- REINCORPORACIÓN SOCIAL

A) MINUSVALÍA PSÍQUICA ACREDITADA

CASOS NUEVOS DE INTERNOS QUE HAN ACREDITADO													
SU CONDICIÓN DE MINUSVALÍA PSÍQUICA													
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

INTERNOS CON CERTIFICADO DE MINUSVALÍA PSÍQUICA PRESENTES EN EL CENTRO A FECHA 30 DE JUNIO / DICIEMBRE		
	SEXO	
	H	M
NÚMERO DE INTERNOS		

B) SALIDAS A LA COMUNIDAD

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han participado en salidas a la comunidad según modalidad.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
SALIDAS CULTURALES Y OCIO													
SALIDAS FAMILIARES													
SALIDAS POR ESTUDIO													
SALIDAS POR TRABAJO													
SALIDAS PARA TRATAMIENTO*													

* Indicar las salidas para tratamiento a un centro de día o similar.

C) PERMISOS TERAPÉUTICOS

Indicar el número de internos con enfermedad mental que cada mes han salido de permiso terapéutico.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
NÚMERO DE INTERNOS													

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL A ENFERMOS MENTALES – PAIEM	
FICHAS DE EVALUACIÓN	6 – 6
CENTRO PENITENCIARIO DE	AÑO: SEMESTRE:

D) DERIVACIONES A CENTROS COMUNITARIOS

Informar los casos de internos con enfermedad mental que acceden a un **centro comunitario para continuar la asistencia y tratamiento**, según la situación penal-penitenciaria:

- a) Medida de seguridad de **internamiento** en centro psiquiátrico **no penitenciario**, conforme al artículo 101 del Código Penal.
- b) Medida de seguridad de sumisión a **tratamiento externo** en centro médico o establecimiento de carácter socio-sanitario, conforme al artículo 105.1.a) del Código Penal.
- c) Libertad con derivación a Centro Socio-Sanitario de las CC.AA.

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL
INTERNAMIENTO EN CENTRO PSIQUIÁTRICO NO PENITENCIARIO													
TRATAMIENTO EXTERNO EN CENTRO MÉDICO O SOCIO-SANITARIO													
LIBERTAD CON DERIVACIÓN A CENTRO SOCIO-SANITARIO DE LAS CC.AA.													

5.- ONGs - ENTIDADES

Aportar los datos relativos a las ONGs-Entidades que forman parte de la red social en la comunidad, de apoyo a enfermos y a sus familiares, y que intervienen de forma activa en el desarrollo del Programa.

NOMBRE DE LA ONG - ENTIDAD